Aus der Königlichen chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr.
Direktor: Prof. Dr. Lexer.

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY
NOV 16 1912

Zur operativen Behandlung der Kinderhernien unter Benutzung des Materials der Königsberger chirurgischen Universitäts-klinik vom 1. Oktober 1905 bis 1. Oktober 1910.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät der Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Bruno Meyhöfer,
Medizinalpraktikant an der medizinischen Universitäts-poliklinik von Prof. Schreiber zu Königsberg i. Pr.

KONIGSBERG i. PR.
Buch- und Steindruckerei von Otto Kümmel.
1911.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.
Referent: Prof. Dr. Payr.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/zuroperativenbeh0000brun

Die Leistenbruchoperationen reichen zurück bis in die ersten Jahrhunderte vor Christi Geburt und wurden von den Alten mit großer Geschicklichkeit ausgeübt, wenn auch die Resultate bis zur Epoche der Antisepsis entmutigend waren. *Cornelius Celsus*, der zur Zeit des Tiberius lebte, ist der erste, von dem wir eine Beschreibung der Operationsart haben. Er versuchte es, ohne Schnitt, nach einfachen Taxisversuchen und Beiseiteschieben des Hodens nebst Samenstranges durch Kautherisation mit dem glühenden Eisen eine starke Narbenbildung und dadurch einen festen Verschluß der Bruchpforte hervorzurufen, oder er schnitt bis auf den Bruchsack ein, erweiterte den Leistenring und brachte dann nach Reposition des hervorgetretenen Bauchinhaltes die Bruchpforte mittels des ferrum candens zur Vernarbung. *Galenus* und *Leonidas* von Alexandrien gebrauchten gleichfalls das glühende Eisen. Später suchte man die Vernarbung durch Ätzmittel zu erreichen, wobei jedoch fast stets ein Teil der Darmschlingen angeätzt wurde und der Hoden mitsamt dem Samenstrang zugrunde ging. Es wurden nach einander Ätzkali, Ätzkalk, Arsenik und konzentrierte Schwefelsäure angewandt. Erst am Ende des 18. Jahrhunderts gelang es dem Franzosen *Bordenave*, diese Methoden erfolgreich zu bekämpfen, so daß man sich wieder der in Vergessenheit geratenen

Ligatur zuwandte. Bereits im 7. Jahrhundert unterband *Paul von Aegina* den Bruchsackhals nach Reposition der Eingeweide, allerdings ohne Schonung des Samenstranges, sodaß seine Operation zur Kastration führte. *Heliodorus* ging ebenso vor, versuchte jedoch durch Torsion des Bruchsackes und Reinigung des Samenstranges und des heraufgehobenen Hodens mit darauf folgender Reponierung desselben die Kastration zu vermeiden. Im 16. Jahrhundert suchte *Ambroise Paré* die durch die Ligatur des Bruchsackes nebst Samenstranges eintretende Kastration dadurch zu vermeiden, daß er nur soweit zusammenschnürte, daß die Gefäße des Samenstranges noch funktionieren konnten. Die spanischen Operateure der damaligen Zeit reponierten den Hoden in die Bauchhöhle und nähten ihn dort fest. Alle anderen Operationsmethoden hatten die Kastration zur Folge. Es bildete sich damals hauptsächlich in Italien und Deutschland eine Clique von Bruchschneidern heraus, die dem Kreise der Schweineschneider und Roßkämme entstammten, von Markt zu Markt reisten und ihre Kunstfertigkeit anpriesen, dabei aber die damit verbundene Kastration verschwiegen. Die gelehrten Wundärzte der damaligen Zeit nahmen von einer Radikaloperation Abstand. Sie wandten sich vollkommen der Bruchbandbehandlung zu, die von zwei französischen Ärzten am Ende des 18. Jahrhunderts eingeführt wurde. Die unelastischen, primitiven Stahlringbruchbänder waren natürlich für eine Radikalheilung der Brüche vollkommen ungeeignet, es tauchten daher auch in diesen Zeiten ständig Versuche auf, auf anderem operativem Wege zu einem

glücklichen Endresultate zu gelangen. Man führte Fremdkörper in die Bruchpforte und injizierte Reizmittel, z. B. Alkohol, indem man glaubte, daß hierdurch ein adhäsiver Entzündungsprozeß erregt werde, der die Pforte zum Verschluß bringen würde. Man verschloß den Leistenkanal, indem man Haut vorlagerte oder man invaginierte das Skrotum. Alle diese verschiedenen Methoden hatten einen geringen Erfolg. Erst durch die Lister'sche Antisepsis im Jahre 1866 trat ein großer Umschwung ein. *Charles Steele* und *Anandale* waren die ersten, die die Radikaloperation unter Lister'scher Antisepsis versuchten, ersterer durch Vereinigung der angefrischten Leistenpfeiler mit Katgut, *Anandale* durch Einnähung des Bruchsackes in die Bruchpforte. Ihrem Vorgehen folgte eine große Reihe von Chirurgen: *Nußbaum, Riesel, Czerny, Ball, Macewen, Bassini, Kocher* etc. Die Operationstechnik erfährt eine große Verbesserung, die Endresultate werden immer günstiger.

An eine operative Behandlung der Leistenhernien der Kinder dachte damals noch niemand, da sich selten Gelegenheit bot, eine Inguinalhernie bei einem kleinen Kinde operieren zu müssen, weil bei diesen der Bruch nur selten incarceriert. Man hielt den Eingriff für zu gefährlich im Vergleich zu der Bandagenbehandlung; stand doch noch *Heidenthaller* auf dem Standpunkt, eine Hernienoperation beim Kinde ist gefährlicher als die Incarceration. Daher sind auch die ersten Leistenbruchoperationen bei Kindern nur bei Einklemmung gemacht worden. Der erste war wohl *Andreus* im Jahre 1874, der bei einem 45 Stunden alten Kinde

eine irreponible kindskopfgroße Leistenhernie operierte. Die Resultate waren infolge der schlechten Asepsis im allgemeinen mäßige. Im Jahre 1879 operierte der Engländer *Buchanan* als erster eine freie kindliche Hernie. Er eröffnete den ganzen Leistenkanal, präparierte den Bruchsack frei, rollte ihn auf und benutzte ihn als Pfropf für die Öffnung. Er hatte gute Erfolge. Seit der Zeit hat die operative Behandlung der kindlichen Leistenhernien einen großen Aufschwung genommen, hat sehr viele Gegner und Verteidiger gefunden; besonders über die Altersgrenze zur Operation gehen die Ansichten der Chirurgen weit auseinander. Es gibt drei Lager: Vertreter der Bandagenbehandlung, Vertreter einer unbedingt operativen Therapie und Vertreter einer anfänglichen Bandagenbehandlung mit eventueller späterer Operation.

Grossmann-Frankfurt a. M. empfiehlt den Versuch einer konservativen Behandlung für den Anfang, doch nicht zu lange. Gerade bei Säuglingen stößt die Bandagenbehandlung auf große Schwierigkeiten, da das Bruchband schlecht sitzt, zumal der ärmeren Bevölkerung das nötige Verständnis fehlt. Durch Pressen und Schreien verschlimmern die Kinder ihr Leiden, durch Nässen entstehen Ekzeme, durch den Druck Verwachsungen mit dem Bruchinhalt. Dazu kommen Verdauungsstörungen, hartnäckige Diarrhöen wechseln mit Verstopfungen. Die Kinder sind elend.

Flagge operiert nur, wenn das Bruchband den Bruch absolut nicht zurückhält und Schmerzen verursacht, bei nicht deszendiertem Hoden oder großen Skrotalhernien, die den Inguinalkanal stark dehnen

und daher Bruchbandheilung ausschließen, und jede einmal incarceriert gewesene Hernie.

Evans läßt die Kinder 6 Monate lang ein Bruchband tragen und operiert erst, wenn dies erfolglos gewesen, doch nur nach Ablauf des ersten Lebensjahres. Dieselben Prinzipien befolgt *Cousins*. *Macewen* macht einen Unterschied zwischen Privatkranken und öffentlichen. Er läßt erstere ein Bruchband tragen, weil Pflege und Aufsicht bei ihnen besser ist; bei den öffentlichen Kranken macht er die Radikaloperation sofort. *Olven* ist der Ansicht, daß in vielen Fällen die Bruchbandbehandlung genügt; wenn man das Kind mit dem Kopf tief, mit dem Becken hoch lagert, wird eine Netzeinklemmung vermieden. Die Operation soll nach ihm an kein bestimmtes Alter gebunden sein. Er operiert, wenn es nötig ist. *Parker* ist ebenfalls gegen die Operation ohne zwingenden Grund.

Maaß ist gegen eine Operation bei Säuglingen ohne zwingende Indikation:

1. weil die große Mehrzahl im ersten Jahr spontan heilt, was Statistiken lehren. Auf 100 Leistenbrüche im 1. Jahr kommen 50 im 2. Jahre,
2. weil die Operation bei den kleinsten Kindern gerade recht große technische Schwierigkeiten macht,
3. weil der Eingriff in dem jugendlichen Alter doch nicht ohne Risiko ist. Unter 24 Operierten hat er 4 Tote. Nach dem ersten Lebensjahre operiert er stets, er läßt nie darüber hinaus ein Bruchband tragen.

Cluss operiert erst, wenn die Bruchbandbehandlung nach einem Jahr keinen Erfolg hat.

Stiles wartet das Ende des ersten Lebensjahres ab, da viele durch Bruchbandbehandlung heilen.

Macready, Lautan, Symonds, Lucy operieren, wenn die Bruchbandbehandlung keinen Erfolg hat.

Sultan ist für die Radikaloperation, führt sie aber bei Säuglingen nur nach vergeblicher Bruchbandbehandlung aus.

Caley versucht ebenfalls erst kurze Zeit die Bruchbandbehandlung, bevor er die Operation ausführt, die er für vollkommen ungefährlich hält.

Noetzel hält die Radikaloperation im Kindesalter für notwendig. Er hat Säuglinge bis unter 2 Monaten operiert und ist energisch für deren Operation überall da, wo die nötige Pflege fehlt, das Bruchband Beschwerden verursacht und Ekzem auftritt. Durch den Bruch leidet der Ernährungszustand, was das Wachsen der Hernie begünstigt, außerdem kann leicht Incarceration erfolgen.

W. B. Coley läßt die Kinder außer bei unvollkommenem Descensus und Incarceration bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres ein Bruchband tragen. Er behauptet dabei 75 % Heilung zu haben. Vom 4. Lebensjahre ab macht er die Radikaloperation. Er hat in 2 Jahren von 400 Kindern nur 46 operiert.

Rybera-y-Sans-Madrid und *Lukas Championniére* und *Broca*-Paris sind gegen jede Operation vor dem 7. Lebensjahre, weil sie unnötig ist, und haben diese Ansicht auf dem internationalen Chirurgenkongreß in Brüssel lebhaft verteidigt.

Deaver wendet das Bruchband nur an, wenn der Bruch klein und die Mutter intelligent ist, sonst Operation.

Franke operiert sofort,

1. wenn das Kind nicht zu schwach ist,
2. wenn trotz Bruchband der Bruch nicht kleiner wird,
3. wenn das Kind viel weint, hustet oder Darmkatarrh hat.

Tschmarke operiert kleine Kinder erst, wenn sie sich nicht mehr beschmutzen, außer bei sehr großen Brüchen.

Carmichael wartet bis zum 4. bis 8. Monat bei Säuglingen, weil die Kinder in diesem Alter einen gewissen Vorsprung in der Ernährung haben und die Haut weniger zu Intertrigo neigt.

Fergusson ist für die Operation, sobald die Kinder laufen können.

Murray operiert vor dem 1. Lebensjahre nur bei Beschwerde machendem Bruchband, weiter Pforte und auf Wunsch der Eltern.

Bühlmann ist für sofortige Operation; da das Bruchband keine Sicherheit für die Radikalheilung bietet, ist die Operation in jedem Alter indiziert, je früher, je besser, da sie dann technisch leichter ist.

Campbell, Fränkel, Grunert, Schemmel und *Kovàcs* operieren ebenfalls sofort ohne Berücksichtigung des Alters, wenn es nur der Allgemeinzustand des Säuglings zuläßt, da das Bruchband eine unnütze Quälerei für Kind und Mutter ist und die Operationsresultate äußerst günstig sind. *Schemmel* schlägt dabei als frühesten

Termin für die Operation den Abfall der Nabelschnur und das Abheilen der Nabelwunde vor.

Dam-Frankfurt hält die Bruchbandhandlung direkt für falsch, weil sie ungünstige Verhältnisse schafft, da die Pelotte des Bruchbands die Bauchwand durch den Druck schwer schädige und ein Recidiv vorbereite.

Lorthioir-Brüssel ist ebenfalls ein heftiger Gegner jeder Bruchbandhandlung, da durch den Druck des Bandes auf die Gefäße leicht Hodenatrophie hervorgerufen werden könne. Er operiert sofort in jedem Alter, nur schwere Organerkrankung hält ihn davon ab.

Graser-Erlangen operiert nach den gleichen Prinzipien.

Lexer ist für die Operation jedes bruchkranken Kindes ohne Rücksicht auf das Alter, wofern nur der Gesundheitszustand des Kindes es zuläßt.

Es ist also eine große Reihe bedeutender Chirurgen für, eine Reihe gegen die Radikaloperation. Vor allen Dingen sprechen sich viele gegen die Operation im Säuglingsalter aus, sodaß es auch heute noch schwer ist, einen endgültigen Entscheid zu treffen. Durch die Bruchbandbehandlung mag ja ein großer Teil der Brüche im ersten Jahre zur Heilung kommen, sie ist aber immerhin sehr schwer durchzuführen, besonders bei Säuglingen, bei denen durch schlechten Sitz, Schweiß, Urin leicht Drucknekrose und Ekzem hervorgerufen werden und nur die größte Aufmerksamkeit der Mutter einen einigermaßen günstigen Erfolg sichern kann. Zwar sind in den letzten Jahren wieder neue Verbesserungen der Bruchbänder publiziert worden von *Krause, Stofer, Fiedler* etc., die die Schäden des alten

Bruchbandes beseitigen sollen; inwieweit, wird die Zukunft lehren. Eine Bruchbandbehandlung kann nur dann erfolgreich sein, wenn das Bruchband gut sitzt, nicht scheuert oder drückt und den Bruch vollkommen zurückhält. Es muß Tag und Nacht getragen werden, 1—3 Jahre lang, dann wird sich eventuell eine Heilung des Bruches ermöglichen lassen. Unter den 215 operierten Fällen, die mir zur Verfügung standen ist 72 mal ein Bruchband getragen worden, öfter längere Zeit hindurch, immer ohne Erfolg. Entweder hielt das Bruchband den Bruch schließlich nicht mehr zurück, oder es verursachte Schmerzen durch Druck. Dazu kommt, daß die Heilung bei Bruchbandbehandlung eigentlich nur eine scheinbare ist, denn der Bruchsack besteht weiter fort. Durch das Bruchband wird der äußere Leistenring zwar verschlossen, sodaß der Bruchsack nicht vorfallen kann, es ändert sich aber nichts am Leistenkanal, weder in der Lage noch in anatomischer Beschaffenheit. Der Kanal kann sich zwar verengern, durch den schrägeren Verlauf im späteren Alter wird der Austritt von Darm erschwert oder auch ganz verhindert. Die Vorbedingung für die Hernie bleibt aber bestehen. Bei angestrengter Arbeit, beim Heben schwerer Lasten kann leicht ein Bruch eintreten. Belege für eine Obliteration des Leistenkanals sind in der Literatur nicht gegeben. Bei Operationen nach jahrelangem Bruchbandtragen hat man niemals eine Verödung des Bruchsackes gefunden, auch wenn jahrelang kein Darminhalt vortrat. Eine Dauerheilung unter Bruchband ist also ausgeschlossen; daß die Recidive sich meistens erst nach der Pubertät einstellen, liegt an dem sehr elastischen Bindegewebe

im Kindesalter. Wann soll man bei einem Kinde den Zeitpunkt für die Ablegung des Bruchbandes festsetzen, das läßt sich doch wohl unmöglich auch nur annähernd festlegen, ebenso läßt sich der Eintritt eines Recidivs mit gar keiner Sicherheit ausschließen. *Kovàcs.* führt 10—15 ältere Kinder an, bei denen der Bruch durch Bruchband scheinbar geheilt war, später aber ein Recidiv auftrat und zwar in mehr als der Hälfte ein incarcerierter Bruch. Wir haben also auf der einen Seite eine langdauernde Behandlung, die zu keinem absolut sicheren Ziele führt. Dagegen bietet die Radikaloperation gute und fast absolut sichere Resultate und zwar je früher operiert wird um so besser, da durch das Bruchbandtragen nur Verwachsungen hervorgerufen werden, die die spätere Operation erschweren. Die Operation wird von Kindern besser ertragen als von Erwachsenen, die Endresultate sind günstiger. Nach *Pott* 1904 86,4 % Dauerheilung gegen 58,6 % bei Erwachsenen. Die Operation ist leichter und kürzer, da Verwachsungen fehlen; die Heildauer 0,5—1 Tag geringer als beim Erwachsenen nach *Beresowsky*, außerdem ebenso ungefährlich wie im späteren Alter.

Broca, 450 Operierte unter 15 J. .	1	tot	0,22 %
Fränkel, 16 Säuglinge	0	»	0 »
Perneanu, 59 Kinder	0	»	0 »
Campbell, 305 Kinder, 77% unter 3 J.	1	»	0,3 »
Stiles, 360 Kinder	5	»	1,4 »
Bayardi, 50 Kinder, die Hälfte unter 2 Jahren	0	»	0 »
Bühlmann, 198 Kinder	1	»	0,5 »
Bockheimer, 200 Kinder	0	»	0 »

Slajmer, 238 Kinder unter 10 J. .	0	tot	0 %
Grunert, 13 Kinder unter 1 J. . .	3	»	8,8 »
Carmichael, 134 Kinder	1	»	0,6 »
Großmann, 79 Kinder, 28 unter 1 J.	0	»	0 »
Maaß, 200 Kinder, 88 % unter 1 J.	0	»	0 »
Coley, 825 Kinder unter 14 J. . .	1	»	0,12 »
Kovàcs, 232 Kinder	1	»	0,5 »
Sengoku, 72 Kinder unter 14 J. .	0	»	0 »
Schemmel, 15 Säuglinge	0	»	0 »
Imfeld, 61 Kinder unter 14 J. . .	0	»	0 »
Lexer, 215 Kinder unter 14 J. . .	2	»	0,9 » (incarceriert)

Bedenkt man, daß der größte Teil der letalen Fälle incarcerierte Brüche sind bei schwächlichen Kindern, so gestaltet sich das Bild noch günstiger. Die Operation im Säuglingsalter bietet allerdings nicht ganz so günstige Resultate, wird aber von gesunden kräftigen Säuglingen durchweg gut vertragen. Die englischen und französischen Chirurgen verwerfen sie ganz, außer bei Incarceration. Ihrer Ansicht nach neigen die Säuglinge leicht zu katarrhalischen Pneumonieen, weil sie aus Furcht vor Schmerz schlecht expectorieren. Der kleine Körper vertrage die Abkühlung und Narkose schlecht. Die Wunde werde leicht durch Kot und Urin verunreinigt. Das junge Gewebe sei zu zart, daher die Operation schwieriger; da der Samenstrang sehr schwer zu isolieren sei, kämen leicht Zerreißungen vor. Die meisten deutschen Operateure operieren seit einiger Zeit auch Säuglinge und zwar mit mindestens ebenso günstigem Erfolg wie bei Erwachsenen. Die Säuglinge vertragen den Eingriff gut und Todesfälle kommen

außer bei elenden Kindern kaum vor. Es ist wunderbar, zu sehen, wie Säuglinge, die bei ihrem Bruchleiden kränkelten und unter ständigen Darmkatarrhen zu leiden hatten, sich nach der Operation erholen und gesund und kräftig werden. Je jünger das Kind, um so weniger Verwachsungen hat es, um so einfacher die Operation. Verletzung des Vas deferens mit folgender Hodenatrophie läßt sich von einem geschickten Operateur leicht vermeiden. Das Beschmutzen des Verbandes läßt sich durch einen guten Heftpflasterverband und Fixieren des Penis in einer Flasche leicht verhindern.

Die Art der Operation ist bei den einzelnen Operateuren sehr verschieden. Die meisten Ausländer begnügen sich mit einer hohen Abbindung und Abtragung des Bruchsacks und Versenkung des Stumpfes, sodaß kein Trichter zurückbleibt. Die Bruchpforte zu schließen halten sie für unnötig, da das fortschreitende Wachstum eine Veränderung des Leistenkanals hervorrufe, ihm eine schrägere Richtung gebe, die vor einem Recidiv schütze. *Murray, Ewans, Olven, Lorthioir, Rüssel, Chiene, Maaß* und andere huldigen dieser Operationsart. *Maaß* hat dabei unter 200 Fällen 0 % Recidiv, *Rüssel* unter 143 Fällen 0,7 % Recidiv, *Chiene* unter 16 Kindern 0 % Recidiv, *Murray* 60 Kinder von 2 Monaten bis 5 Jahren 1 Recidiv.

Championnière operiert mit Modifikation von *Felizet* und *Focas*. Er präpariert den Bruchsack ohne die Fascie des obliquus externus einzuschneiden, zieht ihn hervor und unterbindet möglichst hoch. Die Schnittflächen vereinigt er durch tiefgreifende Nähte.

Broca spaltet die Fascie des Externus und den äußeren Leistenring, bis er den Samenstrang deutlich sieht, spaltet die Tunica vaginalis communis und schält den Bruchsack heraus. Die Naht besteht in einer Verkürzung der Fascia externa über dem Leistenkanal.

Estor verengert den Leistenkanal mit Metalldräthen.

Barker isoliert den Bruchsack, ligiert ihn in Höhe des orificium externum. Der untere Teil des Bruchsackes bleibt im Skrotum. Die Fäden der Ligatur werden von hinten nach vorn durch die Pfeiler des orificium externum hindurch über der Fascia transversa verbunden. Der Stiel ist so im Abdomen versenkt und über dem orificium internum fest fixiert.

Stiles ligiert den Bruchsackhals nach Isolierung und verengt darauf den äußeren Leistenring durch Catgutnähte.

Owen wendet das Czerny-Köster'sche Verfahren an. Er bindet den Bruchsack nach Isolierung möglichst hoch ab, amputiert ihn und versenkt den Stumpf. Dann vereinigt er mittels einiger Seidennähte sämtliche Schichten der Leistenpfeiler unter Leitung des Fingers.

Tavel-Bern macht einen Schnitt parallel dem Ligamentum Pouparti bis auf die Tunica fibrosa, schneidet sie über dem Samenstrang in der Längsrichtung durch, schält den Bruchsack heraus, isoliert ihn und reponiert den Inhalt. Dann faßt er den Bruchsack mit einem Schieber, rollt ihn auf, torquiert ihn und zieht ihn nach außen. Jetzt ligiert er ihn so hoch wie möglich, ohne Spaltung der Fascia des obliquus externus und schneidet ihn ab. Die Bruchpforte wird vernäht. Das Ligamentum Pouparti wird am oberen Rande freipräpariert

und mit krummer Nadel werden 3 Nähte gelegt vom Ligamentum Pouparti, den Leistenkanal unter sich lassend, in die Fascie des Musculus obliquus externus, wodurch der erweiterte Kanal verkürzt und der äußere Leistenring verengt wird. Um Compression des vas deferens zu vermeiden, soll ein Schieber den Leistenkanal passieren können. Unter 164 operierten Kindern 2 Ricidive = 1,2 %.

Die meisten deutschen und mit ihnen auch einige andere Chirurgen operieren die Kinderhernien nach *Kocher* und *Bassini* oder nach Modifikationen dieser Methoden.

Imfeld wendet die alte Kocher'sche Methode bei ganz kleinen Kindern an, bei älteren die Invaginationsverlagerung. Er hat unter 61 Fällen von 3 Monaten bis 14 Jahren kein Recidiv.

Beresowski, der nach denselben Methoden arbeitet, hat unter 25 Kindern 2 Recidive.

Sertoli-Pisa wendet bei Kindern das Kocher'sche Verfahren an, da hierbei eine Öffnung der äußeren schrägen Aponeurose vermieden wird, welche an und für sich dem Austritt des Bruches den Hauptwiderstand entgegensetzt.

Großmann begnügt sich bei Säuglingen mit der einfachen Ligatur und Versenkung des Bruchsackes und Verengerung der Bruchpforte in der Fascie mit 2—3 Nähten, nach Art von Kocher's Kanalnaht, weil der Eingriff rasch beendet ist und die Wundränder glatt sind. Bei größeren Kindern wendet er Kocher's Verlagerungsmethode an, nur bei ganz großen Brüchen

Bassini. Unter 90 Operierten hat er kein Recidiv aufzuweisen.

Nach *Hildebrandt* ist die Wahl der Operationsmethode gleichgültig, wenn sie nur die Indikation der Hernienoperation erfüllt, d. h. den Peritonealtrichter am Anfange des Leistenkanals zum Verschwinden bringt und den Leistenkanal mit Pfeilern soweit wie irgend möglich schließt. Da beides von der Kocher'schen wie Bassini'schen Methode geleistet wird, wählt er bei Kindern Kocher, da die Operation weniger eingreifend ist.

Schemmel-Detmold wendet bei kleinen Kindern Kocher an, da für den engen Kanal und kleinen Bruch der Kinder diese schonendere, kürzere Operation genüge, bei größeren Kindern Bassini. Kein Recidiv unter 206 Operationen.

Noetzel operiert nach Bassini außer bei ganz kleinen Kindern. Bei diesen vermeidet er die Spaltung der Fascie und Isolierung des Bruchsackes. Die Peritonealhöhle schließt er durch eine hoch am Bruchsackhals angelegte Tabaksbeutelnaht ab, die Bruchpforte durch Pfeilernähte nach Czerny. Er wendet dieses Verfahren deshalb an, weil die Gefäße des Samenstranges und des vas deferens leicht verletzlich, die Isolierung des Samenstranges für Ungeübte in dem zarten Gewebe schwierig sei und auch die Bassinioperation ein zu großer anatomischer Eingriff für das kleine Kind sei, zumal man mit Czerny und Tabaksbeutelnaht ebenso sicher zum Ziele komme. Das rasche Wachstum in diesem Alter befördert den Heilungsprozeß, deshalb kommt man in diesem Alter

mit einer Operation aus, die den Bruch nur für kurze Monate zurückhält. Schlimmstenfalls kleines Recidiv, das durch Bruchbandbehandlung abheilt.

Coley operiert nach Bassini mit Verlagerung des Samenstranges mit der Modifikation, daß zuerst die Naht oberhalb, dann unterhalb des Samenstranges angelegt wird, um eine Erweiterung des neugebildeten annulus internus nach außen zu vermeiden. Unter 775 Fällen, 4—14 Jahre alt, 3 Recidive.

Deaver wendet die Bassini'sche Radikaloperation an, verzichtet jedoch bei sehr jungen Kindern auf die Verlagerung des Samenstranges. Unter 64 Operierten kein Recidiv.

Graser-Erlangen operiert nach Bassini mit der Modifikation von *Girard*, der den Samenstrang nicht verlagert und eine Verdoppelung der Aponeurose des musculus obliquus externus längs des Lig. Pouparti schafft, die die Bauchwand verstärkt und ihr eine feste Spannung gibt. Von 45 Operierten nach Girard, 37 nach Bassini 0 % Recidiv.

Kovàcs-Budapest erachtet für eine radikale Heilung die Bassini'sche Operationsmethode allein für am Platze in jedem Alter, da sie die dreifache Sicherheit bietet gegenüber anderen Methoden. Er hat sie etwas modifiziert. Der Bruchsack wird unter Zug sehr hoch herauspräpariert und ganz hoch unterbunden, sodaß er sich nach Durchtrennung des Stumpfes vollkommen in die Wunde zurückziehen kann. Der Bruchsack wird nicht eröffnet. Die Muskelnaht ist nach Bassini schwer auszuführen, da der Hautschnitt nur 3—3½ cm lang gemacht wird, weshalb

das Annähen des Muskelrandes an das Poupart'sche Band erschwert ist. Leicht läßt es sich ausführen, wenn man mittels eines an beiden Enden eingefädelten stärkeren Seidenfadens eine Matratzennaht macht, deren zwei Enden unter dem Poupart'schen Bande durchgeführt und etwa 2 cm vom lateralen Wundrand auf der Haut durchgestochen über einer kleinen Binde geknüpft werden nach Schluß der Hautnaht. Unter 232 Operierten 1 Recidiv.

In der Königsberger chirurgischen Universitätsklinik wurde unter Professor *Lexer* stets die typische Radikaloperation nach Bassini gemacht ohne Rücksicht auf das Alter des Patienten. Dabei wurde, wie Professor *Lexer* das in langen Jahren geübt, der Bruchsack häufig nach vorheriger Abbindung durch die Bauchdecken exclusive die Haut medial vom inneren Leistenring hindurchgezogen und an der Aponeurose des musculus obliquus externus fest fixiert und dann erst abgeschnitten. Nur bei ganz zartem Bruchsack wurde von einer Bruchsackverlagerung Abstand genommen. Unter 215 Operierten 2 Recidive.

Von vielen Autoren wird die Ansicht vertreten, daß die Operationsmethode für die Kinderhernie die geeignetste wäre, die sich leicht und schnell ausführen lasse, das jugendliche elastische Gewebe sorge schon selbst dafür, daß kein Recidiv auftrete. Dies ist wohl nicht immer richtig. Man muß, wenn man radikal operieren und Sicherheit vor einem Recidiv haben will, ebenso sichere Operationsmethoden anwenden, wie bei Erwachsenen. Es kommen also auch bei der Kinderhernienoperation hauptsächlich die

Methoden von Kocher und Bassini in Betracht. Die Kocher'sche Methode ist einfacher, rascher, quetscht das Gewebe weniger und bietet bei kleinen Brüchen mit engem Kanal auch gute Heilerfolge, leistet aber nicht das, was eine Radikaloperation leisten soll. Die Operation soll

1. den Bruchsack beseitigen, damit am inneren Leistenring kein Trichter ist,
2. den erweiterten Leistenkanal verengen,
3. den direkt verlaufenden Leistenkanal wieder schräge stellen,
4. die verdünnten Wände des Leistenkanals fest und widerstandsfähig machen.

Die ersten beiden Punkte erfüllt Kocher bei mäßig großen Brüchen und engem Kanal, Punkt 3 und 4 wird nur durch die Bassini'sche Operation und deren Modifikationen erfüllt. Wir haben daher hier in Königsberg stets nach Bassini operiert. Die Bassini-operation ist unstreitig die idealste, weil sie den physiologischen Zustand wiederherstellt und die geringsten Recidive aufzuweisen hat. Von den im letzten Jahrzehnt veröffentlichten 2680 Bassini-operationen recidivierten 99, also 3,69 %, von den 1281 Kocheroperationen 62, also 4,84 %.

Die operierten Kinderhernien von Oktober 1905 bis Oktober 1910 der Königsberger chirurgischen Universitätsklinik.

1. Elise D., 13 J. Diagnose: Hernia inguinalis dupl.

Anamnese: Vor 6 Jahren trat der Bruch auf der linken Seite auf, vor 4 Jahren auf der rechten. Zuerst wurde ein einfaches, später ein doppeltes Bruchband

getragen. Der linke Bruch wurde kleiner, während der rechte sich trotz Bruchband langsam vergrößerte. Keine Beschwerden.

Status: Rechts eine beim Husten und Drängen sich in der Leistenbeuge vorwölbende fünfmarkstückgroße Geschwulst, die leicht reponierbar ist. Bruchpforte für einen Finger durchgängig. Links eine für die Fingerkuppe zugängliche Bruchpforte, keine Vorwölbung.

Radikaloperation nach Bassini. Rechts kleiner dünnwandiger, nirgends adhaerenter Bruchsack, ohne Inhalt; links kein Bruchsack vorhanden. Einmal Temperatursteigerung auf 38°, sonst normaler Verlauf des Krankenbettes. Heilung per primam. Datum der Operation 23. X. 05. Datum der Entlassung 7. XII. 05. Patientin ist seit der Operation vollkommen beschwerdefrei und gesund.

2. Emil W., 3 J. Diagnose: H. dextr. lib.

An. u. St.: Seit April kleine Anschwellung der rechten Hodensackhälfte. Daraufhin Tragen eines Bruchbandes ohne Erfolg. In der linken Leistenbeuge eine leicht reponierbare haselnußgroße Vorwölbung. Bruchpforte für kleine Fingerkuppe durchgängig.

Radikaloperation nach Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Im Bruchsack als Inhalt Dünndarmschlingen, die sich leicht reponieren lassen. Keine Temperatursteigerung, Heilung pp.

D. d. Op. 6. XI. 05. D. d. Entl. 27. XI. 05.

Pat. befindet sich seit der Operation vollkommen beschwerdefrei.

3. Walter D., 3 J. Diagnose: H. dupl. lib.

An. u. St.: Anamnestisch nichts zu erkunden. Beim Stehen, Husten und Pressen in der linken Leistenbeuge eine haselnußgroße leicht reponierbare Vorwölbung, rechts eine hühnereigroße, ebenfalls leicht reponierbare Vorwölbung. Leichte Bronchitis.

Operation des linken Bruches nach Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Bruchsackinhalt Dünndärme, die mit Mesenterium an der Bruchsackwand adhaerent sind. Temperatursteigerung auf 38,5. Heilung pp. D. d. Op. 6. XI. 05.

Radikaloperation auf der rechten Seite nach Bassini ohne Verlagerung, Temp. normal. Heil. pp. D. d. Op. 5. XII. 05. D. d. Entl. 28. XII. 05. — Pat. nicht aufgefunden.

4. Heinrich A., 7. J. Diagnose: H. ing. dextr. Hydrocele funiculi spermatici.

An. u. St.: Seit 14 Tagen Anschwellung des r. Skrotums. Keine Vergrößerung beim Husten. Der Inguinalkanal ist geschlossen. Bassini. Die Hydrocele wird extirpiert. Kleiner Bruchsack, der, da er sich vom Samenstrang nicht freipräparieren läßt, eröffnet und ligiert wird. — Temp. normal. Heilg. pp. — D. d. Op. 17. XI. 05. D. d. Entl. 8. XII. 05. — Die Nachuntersuchung ergibt, daß der rechte Hoden in Leistenringhöhe steht. Er zeigt keine Atrophie und läßt sich leicht herabziehen. Pat. ist recidivfrei.

5. Elisabeth W., 4 J. Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Als Pat. 4 Wochen alt war, zeigte sich eine Vorwölbung in der rechten Leistenbeuge, die

sich beim Pressen vergrößerte und stets leicht reponierbar war. Bruchpforte für einen Finger durchgängig. — Bassini. Bruchsack leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 7. XII. 05. Entl. 23. XII. 05. Pat. ist recidivfrei.

6. Herbert B., 4 J. Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Vor 2 Monaten wurde bei Keuchhusten infolge der Hustenanfälle in der linken Leistenbeuge eine Vorwölbung bemerkt. Beim Husten erscheint eine kirschgroße Anschwellung in der Gegend des äußeren Leistenringes, die sich leicht reponieren läßt. Bruchpforte für Fingerkuppe durchgängig. — Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Ablösen des Samenstranges gelingt nicht. Bruchsack ohne Inhalt. Leichte Temperaturerhöhung am 21. XII. und Husten. Heilg. pp. — Op. 15. XII. 05. Entl. 3. I. 06. — Die Nachuntersuchung ergibt, daß der Hoden etwas hypertrophisch ist und höher steht. Pat. ist recidivfrei.

7. Paul Z., 14. M. — Diagnose: H. dupl. lib.

An. u. St.: Seit 2 Monaten Anschwellung des Skrotums, die trotz Bruchband nicht zurückgeht, sondern größer wird. Skrotum kindskopfgroß, Testikel fühlbar. Rechts leichter reponierbar wie links. Bruchpforte beiderseits für einen Finger leicht durchgängig. — Rechts Bassini ohne Verlagerung nach Kocher, da die dünne Bruchsackwand beim Ablösen des Samenstranges zerreißt. Bruchsack leer. —

22. XII. Temperatursteigerung bis 38,2, Husten (Ipecacuana).

23. XII. Über dem l. Lungenlappen crepitierende Geräusche (Prießnitz).

26. XII. 40,0° Temp. Dämpfung im l. Lungenlappen. Wunde normal.

29. XII. 38,0° Temp. Wunde gerötet. An den Stichkanälen quillt Eiter heraus. Skrotum geschwollen. Der untere Teil der Wunde wird eröffnet, am Skrotum wird eine Incision gemacht und ein Drain eingelegt.

30. XII. Temp. normal. Rötung der Wundränder hat nachgelassen.

1. I. Einlegen eines dünnen Drains.

10. I. Die Sekretion der Wunde ist ganz gering geworden.

15. I. Heilung. Op. 21. XII. 05.

Links Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Bruchsack ohne Inhalt. Exstirpation einiger oberflächlicher Leistendrüsen. Exstirpation eines kleinen Angiom am Thorax. Temp. normal. Heilg. pp. Nähte entfernt 2. II. 06. - Entl. 17. II. 06. Op. 24. I. 06. — Pat. nicht auffindbar.

8. Franz B., 2 J. Diagnose: H. sin. lib.

An. u. St.: Auftreten einer Vorwölbung in der l. Leistenbeuge seit $1^1/_2$ Jahren infolge Keuchhustens. Bruchpforte für einen Finger durchgängig, Bruch leicht reponierbar. Bassini nebst Verlagerung nach Lexer. Heilung pp. Op. 19. I. 06. Entl. 10. II. 06. Pat. ist recidivfrei.

9. Carl M., 14 J. Diagnose: H. dextr. cong.

An. u. St.: Pat. trug in den ersten Jahren seines Lebens ein Bruchband, doch ohne Erfolg, dann trug er eine Zeitlang kein Band. Seit drei Wochen legt er wieder ein Bruchband an. Die Bruchpforte ist für 2 Finger durchgängig, der Bruch leicht reponierbar.

Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Der Bruch ist kongenital. Im Bruchsack befindet sich der Testis. — Keine Temperaturerhöhung, Heil. pp. — Op. 13. I. 06. Entl. 3. II. 06. Patient nicht auffindbar.

10. Leopold P., 6 J. Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat vor $1^1/_2$ J. auf und wurde trotz Bruchbandtragen größer. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Im Bruchsack findet sich Netz. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 22. I. 06. Entl. 7. II. 06. Die Nachuntersuchung ergibt, daß der r. Hoden etwas höher steht. Pat. recidivfrei.

11. Jakob S., 3 J. — Diagnose: H. ing. lib. sin.

An. u. St.: Als Pat. 3 Monate alt war, bemerkten die Eltern, daß er einen Bruch hatte. Er trug daher ein Bruchband, das jedoch, weil es drückte, später weggelassen wurde. Bruchpforte beiderseits offen.

Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Bruchsack leer. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 26. I. 06. — Entl. 15. II. 06. Pat. nicht auffindbar.

12. Nathan R., 8 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Seit 14 Tagen zeigte sich eine Vorwölbung in der rechten Leistenbeuge. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Eine Verlagerung des Bruchsackes ist nicht möglich, da er zu klein und zart ist. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 9. II. 06. Entl. 28 II. 06. — Pat. nicht auffindbar.

13. August M., 6 J. Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat vor 3 Jahren auf, das

Tragen eines Bruchbandes war erfolglos. Die Bruchpforte ist für einen Finger bequem durchgängig.

Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Bruchsack ist ohne Inhalt. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 12. IV. 06. Entl. 25. IV. 06. — Pat. ist gesund und recidivfrei.

14. Paul R., 2 J. — Diagnose: H. dextr. lib.

An. u. St.: Seit Geburt besteht eine Anschwellung der r. Skrotalhälfte; Patient hat Rachitis gehabt. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig, beim Schreien wölbt sich eine haselnußgroße Geschwulst vor, die sich leicht reponieren läßt. Gleichzeitig rechtsseitiger Leistenhoden. Bassini nebst Verlagerung des Bruchsackstumpfes nach Kocher. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 5. V. 06. Entl. 20. V. 06. Pat. nicht auffindbar.

15. Franz Sch., 11 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Patient lief vor einem Jahr beim Schlittschuhlaufen mit ziemlicher Gewalt auf einen hölzernen Pfahl mit der linken Unterbauchgegend. Er hatte starke Schmerzen und bemerkte sofort eine Geschwulst in der linken Leistenbeuge. Es besteht eine hühnereigroße Vorwölbung, die beim Husten und Pressen größer wird und sich leicht reponieren läßt. Bruchpforte für einen Finger bequem durchgängig.

Bassini und Verlagerung des Sackes nach Lexer. Der Bruchsack hängt mit dem Hoden zusammen und zeigt keinen Inhalt. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 7. V. 06. — Entl. 1. VI. 06.

Am 15. V. 08 erscheint Patient wieder in der Klinik, es zeigt sich in der linken Leistenbeuge eine

hühnereigroße Vorwölbung, die bis ins Skrotum hinabreicht. Eine Bruchpforte ist nicht fühlbar. — Bassini. Im Bruchsack findet sich die Coecumkuppe und intraperitoneales Fett mit Peritoneum. Nach Reponierung des Inhalts wird der Bruchsack abgebunden und reseciert. Keine Temperaturerhöhung, Heilg. pp. Op. 23. V. 08. Entl. 14. VI. 08. Pat. ist jetzt recidivfrei.

16. Hugo H., 3 J. Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Im Alter von 3 Wochen zeigte sich eine Anschwellung der l. Leistenbeuge. Patient trug vorübergehend ein Bruchband ohne Erfolg, der Bruch wird immer größer. Beim Pressen wölbt sich eine gänseeigroße Geschwulst vor, die leicht reponierbar ist. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini mit Bruchsackverlagerung nach Kocher. Bruchsack ohne Inhalt. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 12. V. 06. Entl. 31. V. 06. — Pat. nicht auffindbar.

17. Franz H., 2 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St: Von 3 Wochen hatte Patient Keuchhusten, damals bemerkte die Mutter zum ersten Male eine kleine Geschwulst in der l. Leistengegend, die allmählich größer wurde. Ein Bruchband wurde ohne Erfolg getragen, da es den Bruch nicht zurückhalten konnte. Das Skrotum ist von einer apfelgroßen Geschwulst ausgefüllt, die sich mit Mühe reponieren läßt in die Bauchhöhle, jedoch sofort wieder heraustritt. — Bassini nebst Verlagerung des Bruchsackstumpfes nach Kocher. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 18. V. 06. Entl. 7. VI. 06. — Pat. nicht auffindbar

18. Rochel M., 6 J. — Diagnose: H. ing dextr. lib.

An. u. St.: Seit einem Jahr trat eine kleine Geschwulst in der rechten Leistengegend auf. Patient trug seitdem ein Bruchband ohne Erfolg. Rechts besteht eine leichte Vorwölbung, die beim Husten hühnereigroß wird und sich leicht reponieren läßt. Bruchpforte für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackversorgung nach Kocher. Der Bruchsack ist derb, dickwandig und mit Ligamentum Pouparti verwachsen, er zeigt keinen Inhalt. Temp. normal. Heilg. pp. Op. 11. VI. 06. Entl. 27. VI. 06. Pat. nicht auffindbar.

19. Richard K., 8 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Seit dem ersten Jahre bestand in der r. Leistenbeuge eine kastaniengroße Vorwölbung. Die Pforte ist bequem für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Verlageruug nach Kocher. Beim Eröffnen des Bruchsackes zeigt sich, daß an seiner Innenseite ein Darmteil unlöslich verwachsen ist. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 14. VI. 06. Entl. 29. VI. 06. Die Untersuchung ergibt eine starke Atrophie des rechten Hodens. Pat. recidivfrei.

20. Else St., 11 J. — Diagnose: H. ing. sin.

An. u. St.: Im Alter von 4 Jahren trat nach einem starken Durchfall eine Vorwölbung der linken Leistengegend auf, ein Jahr später auch in der r. Leistenbeuge. Seit 7 Jahren trägt Pat. ein doppeltes Bruchband, woraufhin der r. Bruch verschwunden ist. Links ist das Tragen des Bruchbands ohne Erfolg gewesen. — Bassini und Verlagerung des Bruchsackstumpfes nach Kocher. Es findet sich ein 4 cm langer leerer Bruchsack, der bis ins Labium majus hineinreicht. Temp. normal.

Heilg. pp. — Op. 15. VI. 06. Entl. 3. VII. 06. Pat. ist recidivfrei.

21. Hans H., $2^1/_2$ J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Als Patient $^1/_4$ Jahr alt war, erhielt er ein Bruchband. Vor einem halben Jahr machte er einen Keuchhusten durch. Seit der Zeit ließ sich der Bruch durch das Band nicht mehr zurückhalten. Die Bruchpforte ist für den Daumen durchgängig. — Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 15. VII. 06. Entl. 27. VII. 06. —

Am 14. VI. 07 kommt Patient in die Klinik mit einem rechtsseitigen Leistenbruch. Der Bruch ist leicht reponierbar. — Bassini nebst Verlagerung des Sackes nach Kocher. Temperaturerhöhung auf 38,8 ° am Tage nach der Operation, sonst normale Temp. Heilg. pp. Op. 18. VI. 07. Entl. 6. VII. 07. — Pat. nicht auffindbar.

22. Franz H., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Von Geburt an Vorwölbung in der r. Leistengegend bis in das Skrotum hinein, die sich im letzten Jahr stark vergrößert hat. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig, der Bruch reponierbar. Der linke Leistenkanal ist auch offen. — Bassini und Verlagerung des Bruchsackes nach Lexer. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 25. VI. 06. Entl. 10. VII. 06. — Pat. ist recidivfrei.

23. Egon H., 14 J. — Diagnose: H. ing. dupl.

An. u. St.: Seit einem Jahr hat Patient einen doppelseitigen Bruch, er trägt seit der Zeit ein doppeltes Bruchband ohne Erfolg. Die Bruchpforte ist rechts wie links für einen Finger durchgängig, die Brüche

reponierbar. — Bassini nebst Verlagerung des Bruchsackes nach Lexer rechts und links. Verlagerung des Samenstranges. Temp. normal. Heilg. pp. Op. 11. VII. 06. Entl. 28. VII. 06. — Pat. nicht auffindbar.

24. Elise E., 5 J. Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Als das Kind $^1/_2$ Jahr alt, bemerkten die Eltern eine Vorwölbung in der linken Leistengegend, die allmählich größer wurde. Seit einem halben Jahr trägt es ein Bruchband ohne Erfolg. Der Leistenkanal ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 18. VIII. 06. Entl. 28. VIII. 06. — Pat. ist recidivfrei.

25. Friedrich M., 12 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht von Jugend an. Vor einem $^3/_4$ Jahr traten Schmerzen und Aufstoßen beim Gehen auf, die bei Bettruhe zurückgingen. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Verlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist lang und fest mit dem Samenstrang verwachsen. Den Inhalt bildet adhaerentes Netz. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 7. IX. 06. Entl. 17. IX. 06. — Pat. ist recidivfrei.

26. Joseph R., 5 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Seit 5 Wochen ist die l. Hodensackhälfte vergrößert. Es wurde versucht, ein Bruchband zu tragen, das jedoch nicht saß. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. Bassini nebst Verlagerung des Bruchsackstumpfes nach Lexer. Der Bruchsack enthielt als Inhalt Darmschlingen. Temp.

normal. Heilg. pp. — Op. 3. XI. 06. Entl. 23. XI. 06. — Pat. nicht auffindbar.

27. Suser P., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Vor einem Jahr trat in der r. Leistenbeuge eine Vorwölbung auf, die nicht größer wurde. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 19. IX. 06. Entl. 9. X. 06. — Pat. nicht auffindbar.

28. Paul P., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. incarc. —

An. u. St.: Plötzliche Schmerzen und Vorwölbung einer hühnereigroßen Geschwulst in der r. Leistengegend, die sich nicht reponieren läßt. Die Eltern bringen das Kind sofort zur Klinik. — Bassini nebst Verlagerung nach Lexer. Als Bruchsackinhalt finden sich Darmschlingen, Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 17. IX. 06. Entl. 3. X. 06. — Auf Anfrage bei den Eltern gibt der dortige behandelnde Arzt Nachricht, daß sich die Bruchgegend beim Pressen etwas vorwölbe.

29. Wladimir Sch., 7 M. — Diagnose: H. ing. sin. incarc. —

An. u. St.: Seit Geburt besteht ein linksseitiger Leistenbruch. Seit 2 Tagen zeigt die Bruchstelle Rötung und ist schmerzhaft. Der Bruch läßt sich nicht reponieren. — Operation: Herniotomie. Als Bruchsackinhalt findet sich reichlich Bruchwasser und der total gangränöse Hoden. Es wird die ablatio testis ausgeführt. Die Wunde wird offen gelassen und mit Jodoformgaze tamponiert. In den ersten Tagen besteht

etwas Temperatursteigerung. — Op. 16. X. 06. Entl. in Heilung 3. XI. 06. — Pat. nicht auffindbar.

30. Joseph Th., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. —

An. u. St.: Seit Geburt schwillt die r. Hodensackseite beim Schreien an. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 27. X. 06. Entl. 10. XI. 06. — Pat. ist recidivfrei.

31. Erich G., 1 J. — Diagnose: H. ing. dupl. lib.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist beiderseits für einen Finger durchgängig. — 27. X. Bassini links nebst Verlagerung nach Lexer. Der Bruch ist nicht angeboren. Temp. normal. Heilg. pp. — 12. XI. Bassini rechts nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruch ist angeboren. Temp. normal. Heilg. pp. — Entl. 27. XI. 06. — Pat. nicht auffindbar.

32. Friedrich K., 11 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit der Geburt. Ein Bruchband wurde getragen, jedoch ohne Erfolg. Der Leistenkanal ist offen, der Bruch reponierbar. — Bassini nebst Verlagerung des Bruchsackes nach Lexer. Es findet sich ein dicker Bruchsack ohne Inhalt. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 29. X. 06. Entl. 21. XI. 06. — Pat. ist recidivfrei.

33. Carl M., 5 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat mit $1^1/_2$ Jahren auf, ein Bruchband wurde ohne Erfolg getragen. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Keine Tempe-

raturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 23. XI. 06. Entl. 12. XII. 06. — Pat. ist recidivfrei.

34. Erich O., 4 M. — Diagnose: H. ing. dupl. Phimose, Hydrocele funiculi spermatici dextri.

An. u. St.: Seit 2 Monaten besteht ein doppelseitiger Bruch, der durch ein doppeltes Bruchband zurückgehalten wurde. Seit kurzer Zeit ließ sich der rechte Bruch nicht reponieren und wurde größer, dazu hatte Patient starke Schmerzen. Erbrechen erfolgte nicht. — Die rechte Skrotalhälfte weist einen daumengroßen, schmerzhaften, nicht reponierbaren Tumor auf. Der linke Leistenkanal ist ziemlich weit, der Bruch reponierbar. Temp. 38,5°. — Bassini rechts. Es zeigt sich ein Hämatom von strangförmiger Aufschwellung, das sich als Hydrocele funiculi spermatici erweist und beseitigt wird. Die Phimose wird gelöst. — Op. 2. I. 07. Am 3. I. erfolgt ein Temperaturabfall bis 37°. Am 4. I. 07 erfolgt der Exitus.

35. Friedrich L., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Von Kindheit an besteht rechts ein Bruch, der sich bis vor einem Jahr durch Bruchband gut zurückhalten ließ. Jetzt ist er größer geworden. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 15. I. 07. Entl. 24 I. 07. — Pat. nicht auffindbar.

36. Mak K., 14 J. — Diagnose: H. ing. lib. dextr.

An. u. St.: Vor einem Monat bemerkte Patient in seiner rechten Leistenbeuge eine Anschwellung, die schmerzhaft war. Er trug daraufhin ein Bruchband, das jedoch die Schmerzen nicht beseitigen konnte. Die Bruchpforte ist durchgängig. — Bassini nebst

Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist sehr dünn und lang, er enthält adhärentes Netz. Dauer der Operation 28 Minuten. Die Temp. steigt auf 37,5°. Auf Druck entleert sich neben den zwei untersten Fäden Eiter, es entsteht Penis- und Skrotumoedem. Die Fäden werden eröffnet, worauf das Oedem bald verschwindet. — Op. 2. II. 07. Entl. 20. II. 07. Pat. nicht auffindbar.

37. Albert S., 7 J. — Diagnose: H. ing. sin. Hydrocele funiculi spermatici sin. extrainguinal.

An. u. St.: Der Bruch trat auf, als Patient 3 Jahre alt war. Seit einem Jahr trägt er ein Bruchband, jedoch mit wenig Erfolg, da es ihn drückt und den Bruch nicht zurückhalten kann. — v. Bergmann Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer, er steht mit der Hydrocele in Verbindung. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. Op. 4. II. 07. Entl. 27. II. 07. — Pat. ist recidivfrei.

38. Paul E., 3 J. — Diagnose: H. dupl. ing. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit der Geburt. Der Leistenkanal ist sehr weit, der Bruch leicht reponierbar. — Bassini und Verlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. Op. 4. III. 07. Entl. 20. III. 07. — Pat. nicht auffindbar.

39. Gottlieb Sch., 14 J. — Diagnose: H. ing. dextr. Hydrocele testis.

An. u. St.: Vor 2 Jahren bemerkte Patient in der rechten Leistengegend einen Tumor, der sich leicht reponieren ließ. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack reicht bis zum Hoden;

sein Ende ist dünn, glatt und ragt in eine kleine Hydrocele testis vor, die nach v. Bergmann abgetragen wird. Leichte Temperaturerhöhung, etwas Eiter aus den Stichkanälen. — Op. 12. III. Entl. 2. IV. 07. — Pat. nicht auffindbar.

40. Paul Sch., 6 J. — Diagnose: H. ing. sin. kong. An. u. St.: Patient hat seit Geburt eine Anschwellung in der linken Leistenbeuge, die sich nicht reponieren läßt. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack findet sich Netz. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 4. IV. 07. Entl. 13. IV. 07. — Pat. ist recidivfrei.

41. Dora A., 8 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Seit einem Jahr besteht eine Vorwölbung in der rechten Leistengegend. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. - Op. 11. V. 07. Entl. 30. V. 07. — Pat. nicht auffindbar.

42. Werner Rh., 6 J. — Diagnose: H. ing. dupl. lib. An. u. St.: Rechts zeigt sich eine reponierbare Anschwellung, die Bruchpforte ist durchgängig für einen Finger. Links besteht keine Anschwellung, die Pforte ist ebenfalls durchgängig. Außerdem bestehen Präputialverklebungen, die sich leicht lösen lassen. — Beiderseits Bassini. Rechts ist der Bruchsack wallnußgroß und leer, links ist kein Bruchsack vorhanden. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 14. V. 07. Entl. 29. V. 07. — Pat. ist recidivfrei.

43. Fritz B., 17 M. — Diagnose: H. ing. dext. lib. An. u. St.: Seit Geburt besteht eine Anschwellung

in der rechten Leistenbeuge, die sich durch ein Bruchband nicht zurückhalten läßt. Außerdem hat Patient sehr enges Präputium mit Verklebungen, die gelöst werden. — Bassini nebst Bruchsackstumpflagerung nach Lexer. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 15. V. 07. Entl. 4. VI. 07. — Pat. nicht auffindbar.

44. Heinrich D., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat auf, als Patient 3 Wochen alt war. Er war stets reponierbar. Es besteht eine Phimose. Eine Schwester hat einen Bruch. Radikaloperation nach Bassini. Lösung der Präputialverklebungen. Temp. normal, Heil. pp. — Op. 16. V. 07. Entl. 26. V. 07. — Nach 5 Monaten trat ein Recidiv auf. Pat. trägt jetzt ein Bruchband.

45. Anton R., 11 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Vor zwei Jahren entstand infolge starken Hustens rechts eine Anschwellung. Ein Bruchband wurde ohne Erfolg getragen. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig, der Bruch reponierbar. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Temp. normal, Heil. pp. — Op. 12. VI. 07. Entl. 3. 7. 07. — Pat. nicht auffindbar.

46. Abraham Bl., $3^1/_2$ J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Vor $1^1/_2$ Jahren zeigte sich in der linken Leistenbeuge eine Vorwölbung. Das Tragen eines Bruchbandes war erfolglos. Der Leistenkanal ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Keine Temperaturerhöhung.

Heil. pp. — Op. 27. VI 07. Entl. 17. VII. 07. — Pat. nicht auffindbar.

47. Siegfried M., $1^1/_2$ J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat auf, als Patient 6 Wochen alt war. Vom 4. Monat an trug er ein Bruchband. Die Bruchpforte ist für einen Finger bequem durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Temp. stets normal, Heil. pp. — Op. 28. VI. 07. Entl. 16. VII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

48. Otto K., 7 J. — Diagnose: H. ing. dupl. lib.

An. u. St.: Seit einem Jahr Auftreten links, vor zwei Monaten rechts. Die Bruchpforte ist beiderseits für einen Finger durchgängig, die Brüche gut reponierbar.

25. VI. rechts nach Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Der Bruch ist nicht angeboren. Temp. normal, Heil. pp.

16. VII. links nach Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Temp. normal, Heil. pp. — 31. VII. 07 geheilt entlassen. — Pat. nicht auffindbar.

49. Paul W., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch wurde bemerkt kurz nach der Geburt. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig, der Bruch reponierbar. Es besteht eine hochgradige Phimose.

6. VII. Bassini nebst Verlagerung des Bruchsackes nach Kocher. Der Bruchsack war leer.

17. VII. Operation der Phimose unter Schleimhautlappenbildung. Temp. normal, Heil. pp. — Geheilt entlassen 26. VII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

50. Kurt M., 1 J. — Diagnose: H. ing. dupl. lib. An. u. St.: Bald nach der Geburt zeigten sich in der rechten wie linken Leistenbeuge Vorwölbungen, die sich ständig vergrößerten, doch stets gut reponierbar waren.

Rechts nach Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Die Temperatur steigt am Tage nach der Operation auf 38,8. Es tritt Husten und Rasselgeräusche über beiden Lungen auf. Nach 3 Tagen ist die Temperatur bereits wieder normal. — Op. 12. VII. 07. 16. VII. wird das Kind gegen den Willen des Arztes aus der Klinik herausgenommen. — Pat. nicht auffindbar.

51. Gustav H., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Der Bruch ist angeboren. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig, der Bruch reponierbar. — Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 30. VII. 07. Entl. 17. VII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

52. Gustav B., $2^1{}_2$ J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Der Bruch trat vor einigen Wochen auf. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. – Bassini nebst Verlagerung nach Lexer. Heilg. pp. — Op. 2. VIII. Entl. 20. VIII. 07. — Pat. nicht auffindbar.

53. Heinrich Z., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Der Bruch besteht seit einigen Monaten. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal, Heilg. pp. — Op. 2. VIII. Entl. 20. VIII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

54. Walter B., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong.

An. u. St.: Der Bruch ist angeboren. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig, der Bruch leicht reponierbar. — Bassini. Der Bruchsack ist ohne Inhalt. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 14. VIII. Entl. 31. VIII. 07. — Pat. nicht auffindbar.

55. Martha Sp., 13 J. — Diagnose: H. ing. sin.

An. u. St.: Der Bruch machte sich erst seit kurzer Zeit bemerkbar. Die Bruchpforte ist durchgängig, der Bruch leicht reponierbar. — Bassini nebst Verlagerung des Bruchsackes nach Kocher. Der Bruchsack ist walnußgroß und ohne Inhalt. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. VIII. Entl. 28. VIII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

56. Karl M., 5 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. lib.

An. u. St.: Der Bruch ist angeboren. Die Bruchpforte für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Der Bruchsack ist ohne Inhalt. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 19. VIII. Entl. 6. IX. 07. — Pat. ist recidivfrei.

57. Fritz Kl., $1^1/_2$ J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt, er ist immer leicht reponierbar gewesen. — Bassini nebst Bruchsackstumpfverlagerung nach Kocher. Der Bruchsack weist keinen Inhalt auf. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 24 VIII. Entl. 6. IX. 07. — Pat. ist recidivfrei.

58. Eduard M., 6 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong.

An. u. St.: Die Hernie ist angeboren und leicht reponierbar. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung

nach Kocher. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 23. VIII. Entl. 9. IX. 07. — Pat. ist recidivfrei.

59. Arthur H., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. An. u. St.: Der Bruch ist leicht reponierbar. — Bassini nebst Verlagerung nach Kocher. Der Bruchsack weist auf der Serosa Tuberkelknötchen auf. Temp. normal. Zwei Tage nach der Operation beginnen die Nähte zu durchschneiden und werden daher entfernt. — Op. 7. IX. Entl. in Heilg. 16. IX. — Die Nachuntersuchung ergibt, daß der Hoden rechts in Höhe des äußeren Leistenringes steht. Er läßt sich leicht herabziehen und weist keine Atrophie auf.

60. Bruno P., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

Bassini. Der Bruchsack wird nach Unterbindung abgetrennt, Bassiniverlagerung des Samenstranges. Keine Temperaturerhöhung, Heil. pp. — Op. 2. X. 07. Entl. 21. X. 07. — Pat. ist recidivfrei. Er hat leichte Phimose.

61. Moses G., 9 J. — Diagnose: H. ing. lib. sin. An. u. St.: Der Bruch war stets reponierbar. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Temp. normal. Heil. pp. - Op. 24. X. 07. Entl. 9. XI. 07. — Pat. nicht auffindbar.

62. Ewald R., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Der Bruch ist stets reponierbar gewesen. Seit einem Jahr trägt Patient ein Bruchband, jedoch ohne Erfolg. Präputiale Verklebungen werden gelöst. — Bassini nebst Verlagerung nach Kocher.

Keine Temperaturerhöhung. Heil. pp. — Op. 9. XI. 07. Entl. 22. XI. 07. — Pat. nicht auffindbar.

63. Hugo Sch., 8 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. irrepon.

An. u. St.: Als Patient 6 Wochen alt war, wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Er trug daraufhin zweimal längere Zeit ein Bruchband ohne Erfolg. Seit zwei Jahren hat er das Bruchband abgelegt. Der Bruch läßt sich nicht reponieren. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Als Bruchsackinhalt findet sich Netz, Darm und ein langer Appendix, der reseciert wird. Keine Temperaturerhöhung. Heil. pp. — Op. 26. XI. 07. Entl. 14. XII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

64. Ernst Sch., 11 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat vor 2 Jahren auf. Seit einem Jahr trägt Patient ein Bruchband. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Temp. normal. Heil. pp. — Op. 30. XI. 07. Entl. 21. 12. 07. — Pat. nicht auffindbar.

65. Ernst Tr., 2 J. — Diagnose: H. ing. dupl.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit einem Jahre; das Bruchband, das bis vor kurzem den Bruch gut zurückhielt, kann ihn jetzt nicht mehr zurückhalten. Die vorhandenen praeputialen Verklebungen werden gelöst. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — 4. XII. Bassini rechts. Es ist kein Bruchsack vorhanden. — Temp. normal. Heil. pp.

16. XII. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach

Kocher links. Keine Temperaturerhöhung. Heil. pp. — Entl. 31. XII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

66. Hans Z., 2 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Von fünf Kindern sind zwei bruchleidend. Bei einem heilte der Bruch von selbst. Bei unserem Patienten trat der Bruch bald nach der Geburt auf. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Lösung der praeputialen Verklebungen. Temp. normal. Heil. pp. — Op. 5. XII. 07. Entl. 21. XII. 07. — Pat. ist recidivfrei.

67. Walter B., 2 J. — Diagnose: H. ing. dupl. lib. cong.

An. u. St.: Beiderseits ist die Bruchpforte für die Fingerkuppe durchgängig. — 9. XII. Bassini nebst Verlagerung nach Kocher rechts. Als Bruchsackinhalt findet sich Coecum und der Appendix, der reseciert wird. Keine Temperaturerhöhung. Es tritt Haematom des Skrotums mit Stichkanaleiterung auf. 27. XII. Bassini links. Der Bruch ist nicht angeboren. Am unteren Rande des Bruchsackes ist eine Hydrocele testis, die radikal entfernt wird. Temp. normal, Heil. pp. — Entl. 12. I. 08. — Pat. nicht auffindbar.

68. Walter B., 4 J. Diagnose: H. ing. dextr. lib. Phimose.

An. u. St.: Im Alter von 2 Jahren wurde bei Patienten der Bruch zum ersten Male bemerkt. Bis vor 14 Tagen trug er ein Bruchband, das den Bruch gut zurückhielt. Seitdem gelingt es nicht mehr, den Bruch zu reponieren. — Bassini. Der Bruchsack wird einfach abgebunden. Lösung der praeputialen Ver-

klebungen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 18. XII. 07. Entl. 4. I. 08. — Pat. ist recidivfrei.

69. Walter E., 6 J. — Diagnose: H. ing. dextr. incarc.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit 5 Jahren, seit 4 Jahren trägt der Patient ein Bruchband, das den Bruch gut zurückhielt. Vor 4 Stunden sprang er ohne Bruchband, worauf der Bruch austrat und sich nicht mehr reponieren ließ. — Bassini nebst Bruchsackstumpfverlagerung nach Kocher. Als Bruchsackinhalt findet sich klares Bruchwasser, eine Darmschlinge und der processus fermiformis, der reseciert wird. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 2. I. Entl. 20. I. 08. — Pat. nicht auffindbar.

70. Curt G., 2 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. Phimose.

An. u. St.: Der Bruch trat gleich nach der Geburt auf. Die Bruchpforte ist auffallend groß, der Bruch beiderseits leicht reponierbar. — 8. I. 08. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher links. Phimosenoperation nach Roser. Temp. normal. Heilg. pp. — 21. I. 08. Bassini nebst Verlagerung nach Kocher rechts. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. Entl. 10. II. 08. — Pat. ist recidivfrei.

71. Leonhard B., 1 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. Phimose.

An. u. St.: Ein Bruder besitzt auch einen Leistenbruch. Beim Patienten bestehen die Brüche seit Geburt. — 11. I. Bassini nebst Verlagerung nach Kocher rechts. Lösung der praeputialen Verklebungen. Temp. normal.

Heilg. pp. — 27. I. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher links, Temp. normal. 6. II. Ent. in Heilg. — 8. II. wieder aufgenommen in der Klinik. Eiterung der Wunde. Spaltung und Einlage eines Drains. Entl. 29. II. 08 geheilt. — Pat. nicht auffindbar.

72. Marie M., 6 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Vor 5 Wochen trat infolge eines Falles eine Vorwölbung der rechten Leistenbeuge ein. Die Bruchpforte ist für eine Fingerkuppe offen. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden. Da die Naht reißt und der Bruchsackstumpf nicht mehr aufgefunden wird, wird der offene Peritonealtrichter mit Catgut vernäht. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 17. I. Entl. 6. II. 08. — Pat. nicht auffindbar.

73. Hermann S., 2. J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt. Eine Zeit lang wurde ein Bruchband getragen, jedoch ohne Erfolg. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Lösung der praeputialen Verklebungen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 22. I. Entl. 7. II. 08. — Pat. nicht auffindbar.

74. Werner J., 3 M. Diagnose: H. ing. sin. cong. Hydrocele testis sinistri. Phimose. Hernia umbilicalis.

An. u. St.: Die Hernie ist angeboren und stets gut reponierbar. 20. II. 08. Operation der Nabelhernie mit Tabaksbeutelnaht nach Einstülpen des Bruchsackes. — Bassini. Hydrocelenoperation nach von Bergmann. Temp. normal. Heilg. pp. — 7. III.

Operation der Phimose nach Roser. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — 9. III. in ambulante Behandlung entl. — Pat. nicht auffindbar.

75. Otto B., 8 J. — Diagnose: H. ing. sin. — An. u. St.: Die Hernie besteht seit Geburt. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack befindet sich dunkle Flüssigkeit und Netz. Der Hoden reißt beim Ablösen von vas deferens ab. Es wird daher das vas deferens in den Hoden implantiert. Bald nach der Operation tritt eine Temperaturerhöhung auf 38,5° auf. Die Nähte müssen entfernt werden, da sie vereitert sind. Es wird ein Drain eingelegt. — Op. 22. II. Entl. 23. III. 08. — Pat. nicht auffindbar.

76. Felix Sch., 8 J. — Diagnose: H. ing dextr. lib. An. u. St.: Seit 2 Monaten bemerkte Patient eine Vorwölbung der rechten Leistenbeuge. Er legte daraufhin ein Bruchband an ohne Erfolg. — Bassini. Der kleine zarte Bruchsack wird abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 24. II. Entl. 13. III. 08. — Pat. nicht auffindbar.

77. Fritz Sch., 6 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Der Bruch trat auf, als Patient ein halbes Jahr alt war. Er trug kürzere Zeit ein Bruchband ohne merklichen Erfolg. — Bassini nebst Bruchsackverlegung nach Kocher. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 25. II. Entl. 13. III. 08. — Pat. ist recidivfrei.

78. Otto R., 5 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit dem zweiten Lebensmonate des Patienten. Drei Monate lang trug

er ein Bruchband. Ein Bruder hat auch einen Leistenbruch. — 9. III. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher rechts. Bruchsackinhalt ist der Appendix, der resciert wird. Temp. normal. Heilg. pp. 17. III. Bassini nebst Verlagerung nach Kocher links. Keine Temperaturerhöhung, Heilg. pp. Entl. 25. III. 08. Pat. ist recidivfrei.

79. August R., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong: lib.

An. u. St.: Der Bruch trat im Alter von 3 Monaten auf und blieb stets reponierbar. Ein Bruder des Patienten leidet auch an einem Leistenbruch. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Kocher. Temp. normal. Heilg. pp. - Op. 9. III. Entl. 25. III. 08. — Pat. ist recidivfrei.

80. Paul W., 15. M. alt. - Diagnose: H. ing. dextr. cong. irrepon. Phimose.

2. IV. Bassini: Bruchsackinhalt: Mehrere Dünndarmschlingen. Temp. normal. Heilg. pp. 10. IV. Phimosenoperation nach Roser. Temp. normal. Heilg. pp. Entl. 17. IV. 08. Pat. ist recidivfrei.

81. Emil G., 5 J. — Diagnose: H. ing. dupl. lib. cong. —

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt. Die Bruchpforte ist beiderseits offen, die Brüche reponierbar. — 17. III. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer rechts, Bruchsackinhalt sind Dünndärme. Temp. normal. Heilg. pp. 9. IV. Bassini nebst Verlagerung des Bruchsacks nach Lexer links. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 28. IV. 08. Entl. 12. V. 08. — Pat. ist recidivfrei.

82. Hellmuth L., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Patient hat kurze Zeit ein Bruchband getragen ohne Erfolg. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Keine Temperaturerhöhung, Heilg. pp. — Op. 28. IV. 08. Entl. 12. V. 08. — Pat. ist recidivfrei.

83. Paul P., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Großvater besaß ein Bruchleiden. Patient hat 2 Jahre lang ohne Erfolg ein Bruchband getragen. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. V. Entl. 23. V. 08. — Pat. nicht auffindbar.

84. Eduard M., 6 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Patient besaß von Jugend auf einen rechtsseitigen Leistenbruch, der am 23. VIII. 07 in hiesiger Klinik operiert wurde (cfr. Nr. 59). Über das Auftreten des jetzigen Bruches läßt sich nichts ermitteln. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 18. V. Entl. 3. VI. 08. — Pat. ist recidivfrei.

85. Kurt F., 6 M. Diagnose: H. ing. dupl. lib. cong. Phimose.

An. u. St: Der Bruder des Patienten hat ein Bruchleiden. 23. V. Phimose nach Roser. Links Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — 2. VI. Rechts Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Als Bruchsackinhalt findet sich Coecum und ein langer dünner Appendix, der reseciert wird. Keine Temperatur-

erhöhung. Heilg. pp. Entl. 13. VI. 08. — Die Nachuntersuchung ergibt, daß der rechte Hoden höher steht, als der linke und etwas hypertrophisch ist. Pat. ist recidivfrei.

86. Walter F., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Czernysche Pfeilernaht. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 29. V. Entl. 12. VI. 08. — Pat. nicht auffindbar.

87. Ernst Kr., 2 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit der Geburt und ist stets leicht reponierbar gewesen. Die Bruchpforte ist für den kleinen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. VI. Entl. 25. VI. 08. — Pat. ist recidivfrei.

88. Friedrich G., 1 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht auf beiden Seiten von Geburt an. Patient trug ein doppelseitiges Bruchband. Die Bruchpforte ist für den kleinen Finger durchgängig auf beiden Seiten. — 17. VI. Rechts Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Als Bruchsackinhalt findet sich Coecum und der Appendix, der reseciert wird. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — 28. VI. Links Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Entl. 5.VII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

89. Rudolph M., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. lib.

An. u. St.: Der Bruch ist angeboren. Die Bruchpforte ist für den kleinen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Präputiale Verklebungen werden gelöst. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 17. V. Entl. 27. VI. 08. — Pat. nicht auffindbar.

90. Berl. G., 5 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch wurde vor 9 Wochen zum ersten Male bemerkt. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. Op. 26. VI. Entl. 3. VII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

91. Joseph D., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit der Geburt. Patient hat einen rechtsseitigen Kryptorchismus. Die Bruchpforte ist für zwei Finger durchgängig. Ein Bruchband wurde zeitweise getragen. — Bassini. Der Bruchsack wird nicht verlagert, weil er zu zart ist. Präputiale Verklebungen werden gelöst. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 1. VII. Entl. 11. VII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

92. Erich K., 11 M. — Diagnose: H. ing. dupl. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch ist angeboren. Phimose. — 7. VII. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer rechts. Bruchsackinhalt: Dünndärme. Temp. normal. Heilg. pp. — 20. VII. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer links. Als Bruchsackinhalt findet sich der Appendix, der reseciert wird. Keine Temperatur-

erhöhung. Heilg. pp. — Entl. 30. VII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

93. Ernst J., 4 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Vor 6 Tagen trat in der rechten Leistengegend eine starke Anschwellung auf mit starker Rötung. Die Punktion ergab Blut. — Bei der Herniotomie finden sich als Bruchsackinhalt sulzige ödematöse Massen und eingeklemmtes Colon von gangränösem Aussehen. Das Colon wird reponiert, der Bruchsack abgebunden. Darauf erfolgt die Sphinkternaht des Leistenkanals. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 9. VII. Entl. 19. VII. 08. — Pat. nicht auffindbar.

94. Franz Sch., 5 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch wurde seit 2 Jahren bemerkt. Patient trug zwei Bruchbänder ohne den geringsten Erfolg. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Bruchsackinhalt: Adhaerentes Coecum und der Appendix, der reseciert wird. Praeputiale Verklebungen werden gelöst. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. VII. Entl. 24. VII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

95. Otto P., 18 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Im Alter von 3 Monaten wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Er war stets reponierbar. Patient trug ein Bruchband ohne Erfolg. — Bassini. Der zarte Bruchsack wird nicht verlagert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 17. VII. Entl. 27. VII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

96. Curt Sch., 11 M. — Diagnose: H. ing. dextr lib. cong.

An. u. St.: Im Alter von 8 Wochen trat der Bruch auf. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack wird nicht verlagert, da er zu zart ist. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 6. VIII. Entl. 14. VIII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

97. Arnold B., 11 J. Diagnose: H. ing. dextr. inc.

An. u. St.: Vor einem Tage trat beim Patienten eine Anschwellung in der rechten Leistenbeuge auf. Er hatte Schmerzen und mußte öfters aufstoßen. In der rechten Leistengegend befindet sich eine walnußgroße Vorwölbung, die sich nicht reponieren läßt und schmerzhaft ist. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack findet sich bräunlich rote Flüssigkeit und eine bläulich verfärbte Darmschlinge, die reponiert wird. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 6. VIII. Entl. 26. VIII. 08. — Pat. nicht auffindbar.

98. Emil F., 15 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Vor 5 Wochen zeigte sich nach starkem Husten infolge von Lungenentzündung in der linken Leistenbeuge eine Anschwellung. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruch ist ein angeborener. Der Bruchsack weist keinen Inhalt auf. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 11. VIII. Entl. 1. IX. 08. — Pat. ist recidivfrei.

99. Otto W., $3^1/_4$ J. — Diagnose: H. ing. lib. sin.

An. u. St.: Der Bruch trat im Alter von 6 Monaten auf. Patient hat eine kleine Nabelhernie und ein rüsselförmiges Praeputium. Der Leistenbruch ist stets reponierbar gewesen, die Bruchpforte ist für die

Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack ist sehr zart und weist keinen Inhalt auf. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 12. VIII. Entl. 12. IX. 08. — Pat. ist recidivfrei.

100. Albert K., $3^1/_2$ J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack ist sehr zart. Es findet sich eine kleine Hydrocele, die exstirpiert wird. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 14. VIII. Entl. 20. VIII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

101. Fritz R., $3^1/_2$ J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. Hernia umbilicalis.

An. u. St.: Der Bruch wurde zum ersten Male vor zwei Jahren bemerkt. Patient trug ein Bruchband ohne Erfolg. Die Bruchpforte ist für 2 Finger bequem durchgängig. Der Nabel ist haselnußgroß vorgewölbt. Präputiale Verklebungen. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden und abgetragen. Die Nabelhernie wird operativ beseitigt, die präputialen Verklebungen gelöst. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 15. VIII. Entl. 25. VIII. 08. — Pat. ist recidivfrei.

102. Walter R., 5 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat vor 3 Wochen auf. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Als Bruchsackinhalt findet sich Netz. Der Bruchsack wird abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 25. VIII. Entl. 9. IX. 08. — Pat. ist recidivfrei.

103. Willy Th., 14 M. — Diagnose: H. ing. dextr.

An. u. St.: Das Bruchleiden besteht seit einem halben Jahr. Der Bruch läßt sich leicht reponieren.

— Bassini. Der Bruchsack ist leer und wird abgebunden. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 10. IX. Entl. 22. IX. 08. — Pat. ist auf der rechten Seite vollkommen gesund. Links ist ein kleiner Bruch aufgetreten, der sich durch Bruchband gut reponieren läßt.

104. Karl Sch., 15 M. — Diagnose: H. dextr. cong. lib.

An. u. St.: Im Alter von 6 Wochen wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Patient trug lange Zeit ein Bruchband ohne Erfolg. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 8. IX. Entl. 19. IX. 08. — Pat. nicht auffindbar.

105. Gerhard W., 9 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Es handelt sich um einen angeborenen reponierbaren Bruch. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 9. X. Entl. 21. X. 08. — Pat. ist recidivfrei.

106. August Gr., 8 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Das Bruchleiden besteht seit kurzer Zeit. Die Bruchpforte ist für zwei Finger durchgängig. Bruder bruchleidend. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 9. X. Entl. 27. X. 08. — Pat. ist recidivfrei.

107. Karl Gr., 11 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong. lib.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für zwei Finger durchgängig. Ein Bruder ist auch bruchleidend (cfr. Nr. 106). — Bassini. Der Bruchsack ist leer und wird abgebunden. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 9. X. Entl. 27. X. 08. — Pat. ist recidivfrei.

108. Martin T., 15 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. Phimose.

An. u. St.: Der Bruch wurde im Alter von 4 Monaten bemerkt. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden. In ihm finden sich Coecum und Appendix, der reseciert wird. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 16. X. Entl. 5. XI. 08. — Pat. nicht auffindbar.

109. Jakob H., 4 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat vor drei Monaten auf. — Bassini. Der leere Bruchsack wird abgebunden. Temp. normal. Heil. pp. — Op. 16. X. Entl. 26. X. 08. — Pat. nicht auffindbar.

110. Erich L., 15 M. — Diagnose: H. ing. dextr. cong.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. Der Bruch ist leicht reponierbar. — Bassini. Der Bruchsack ist leer und wird abgebunden. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 20. X. Entl. 31. X. 08. — Pat. nicht auffindbar.

111. Paul Pl., 4 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt, die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack finden sich Dünndarmschlingen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 20. X. Entl. 31. X. 08. — Patient ist recidivfrei.

112. Arthur B., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. Phimose.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung

nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 23. X. Entl. 7. XI. 08. — Pat. nicht auffindbar.

113. Paul Sch., 3 J. — Diagnose: H. ing. cong. lib.

An. u. St.: Patient hat in letzter Zeit ein Bruchband getragen, was jedoch keinen Erfolg gehabt hat. Die Bruchpforte ist für einen Finger offen. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Pat. nicht auffindbar.

114. Willy K., 4 J. — Diagnose: H. ing. lib. dextr. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht von Geburt an und war immer reponibel. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Der zarte Bruchsack wird abgebunden und abgeschnitten. — Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 6. XI. Entl. 16. XI. 08. — Pat. ist recidivfrei.

115. Gustav W., 10 J. Diagnose: H. ing. dextr.

An. u. St.: Der Bruch war stets reponierbar. Patient trägt seit sieben Jahren ein Bruchband ohne Erfolg. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden und reseciert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 7. XI. Entl. 23. XI. 08. — Pat. ist recidivfrei.

116. Mittke E., 6 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong.

An. u. St.: Die Brüche sind stets reponierbar gewesen, die Bruchpforten sind für einen Finger durchgängig.

14. XI. Bassini rechts nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Als Bruchsackinhalt findet sich ein 10 cm

langer Appendix, der abgetragen wird. Temp. normal. Heilg. pp.

28. XI. Bassini links ohne Verlagerung. Temp. normal. Heilg. pp. — Entl. 9. XII. 08. — Pat. nicht auffindbar.

117. Walter N., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin.

An. u. St.: Der Bruch ist nicht reponierbar. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 2. XII. 08. — Entl. 14. XII. 08. — Pat. ist den 12. VI. 1910 an den Folgen einer Nierenentzündung gestorben. Die Wunde soll gut verheilt gewesen sein.

118. Otto D., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Patient hat kurze Zeit ein Bruchband getragen. Die Pforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 15. XII. Entl. 30. XII. 08. — Patient ist recidivfrei.

119. Paul Bl., 1 J. — Diagnose: H. ing. dext. cong.

An. u. St.: Der Bruch ist angeboren und leicht reponierbar. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 6. I. Entl. 19. I. 09. — Pat. nicht auffindbar.

120. Otto D., 3 J. Diagnose: H. ing. dextr. cong.

An. u. St.: Der Bruch ist leicht reponierbar, die Bruchpforte für einen Finger durchgängig. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 14. I. Entl. 27. I. 09. — Pat. ist recidivfrei.

121. Andreas K., 15 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong.

An. u. St.: Der Bruch ist leicht reponierbar. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. I. Entl. 27. I. 09. — Pat. ist recidivfrei.

122. Armin M., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Im Bruchsack finden sich Dünndarmschlingen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 18. I. Entl. 1. II. 09. — Pat. ist recidivfrei.

123. Kurt W., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. lib.

An. u. St.: Der Bruch ist leicht reponierbar, die Bruchpforte für die Fingerkuppe durchgängig. Seit einem Jahr trägt Patient ein Bruchband. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 18. I. Entl. 3. II. 09. — Pat. ist recidivfrei.

124. Emil H., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 21. I. Entl. 2. II. 09. — Pat. nicht auffindbar.

125. Emil H., 1 J. Diagnose: H. dextr. lib. cong. —

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 21. I. Entl. 2. II. 09. — Pat. nicht auffindbar.

126. Karl M., 3 J. — Diagnose: H. dupl. lib.

An. u. St.: Der rechtsseitige Bruch besteht seit Geburt, der linke trat kurze Zeit später auf. Seit $1^1/_2$ Jahren trug Patient ein Bruchband, hat es jedoch, weil

kein Erfolg auftrat, in letzter Zeit weggelassen. Brüche leicht reponierbar. — Bassini beiderseits. Links findet sich als Inhalt der Appendix, der reseciert wird; rechts finden sich im Bruchsack Dünndarmschlingen. Der rechte Bruch ist kongenital. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 23. I. Entl. 25. II. 09. — Pat. ist recidivfrei.

127. Kurt Fr., 11 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch wurde vier Wochen nach der Geburt zum ersten Male bemerkt. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Im Bruchsack befinden sich Dünndarmschlingen, die reponiert werden. Der Bruchsack wird abgebunden und reseciert. Am 7. II. tritt eine Haematocele auf. Die Nähte werden entfernt und die Haematocele entleert. Temp. normal. — Op. 2. II. 09. Entl. in Heilg. 17. II. 09. — Pat. wird ambulant weiter behandelt. Pat. ist recidivfrei.

128. Gustav R., 18. M. — Diagnose: H. ing. sin. inc. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht von Geburt an. Seit einem Jahr trägt Patient ein Bruchband, das schlecht saß und deshalb öfter weggelassen wurde. Vor 4 Tagen wurde es wieder weggelassen. Kurz darauf zeigte sich in der linken Leistenbeuge eine Anschwellung, die sich nicht reponieren ließ. Es wird die Herniotomie gemacht unter $1^1/_2$ stündiger Chloroformnarkose. Der Puls ist ständig schlecht; es wird daher Kampherinjektion gemacht. Im Bruchsack finden sich trübe, seröse Flüssigkeit, Colon mit einer zweimarkstückgroßen Öffnung und Kot. Außerdem noch Coecum mit Appendix, der reseciert wird, und angrenzendes Ileum. Die

Bruchsackwand zeigt gangränöse Geschwüre. Es wird ein 10 cm langes Stück des Colon reseciert, weil es gangränös ist. Eine Viertelstunde nach der Operation erfolgt der Exitus des Kindes. Datum der Operation 1. III.

129. Kurt Dr., 10 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. Hydrocele vaginalis.

An. u. St.: Der Bruch trat vor 6 Monaten auf. Ein Bruchband wurde nie getragen. — Bassini. Es findet sich eine dem zarten Bruchsack aufsitzende Hydrocele, die exstirpiert wird. Der Bruchsack wird abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 5. III. Entl. 17. III. 09. — Bei der Nachuntersuchung zeigt es sich, daß der rechte Hoden in der Höhe des Leistenringes steht, jedoch in normaler Größe.

130. Paul T., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt und war stets leicht reponierbar. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 23. III. Entl. 2. IV. 09. — Pat. ist recidivfrei.

131. Ernst B., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt. Patient hat eine Oberschenkelfraktur. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack findet sich Darm. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 14. IV. Entl. 22. IV. 09. — Pat. nicht auffindbar.

132. Margarete B., 7 J. — Diagnose: H. ing. sin.

An. u. St.: Der Bruch wurde vor 14 Tagen zum ersten Male bemerkt. — Bassini. Im Bruchsack findet sich Netz. Der Bruchsack wird abgebunden und

abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 22. IV. Entl. 30. IV. 09. — Pat. ist recidivfrei.

133. Otto J., 11 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit einem Vierteljahr. Die Pforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 23. IV. Entl. 2. V. 09. — Pat. nicht auffindbar.

134. Franz K., 1 J., — Diagnose: H. ing. sin. lib. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack findet sich Darm. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 28. IV. Entl. 13. V. 09. — Pat. ist recidivfrei.

135. Paul Pl., 5. J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit 2 Jahren. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack findet sich Dickdarm. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 1. V. Entl. 17. V. 09. — Pat. nicht auffindbar.

136. Carl Kr., 4 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Im Alter von 6 Wochen wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Er war stets leicht reponierbar. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Im Bruchsack finden sich Dünndarmschlingen. Der Bruchsack wird abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 8. V. Entl. 19. V. 09. — Pat. ist recidivfrei.

137. Erich K., 1. J. — Diagnose H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Im Alter von 4 Wochen wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Die Bruchpforte ist

für zwei Finger durchgängig. — Bassini. Im Bruchsack ist der Appendix, der reseciert wird. Der Bruchsack wird abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 7. V. Entl. 19. V. 09. — Pat. nicht auffindbar.

138. Johann H., 10 M. — Diagnose H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack ist leer, er wird abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 14. V. Entl. 25. V. 09. — Pat. ist recidivfrei.

139. August R., 13 J., — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch war stets leicht reponierbar. Die Pforte ist für einen Finger offen. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Im Bruchsack findet sich Netz. Eine vorhandene Hydrocele vaginalis wird exstirpiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 22. V. Entl. 2. VI. 09.

140. Gustav Br., 15 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St: Der Bruch besteht seit dem 7. Lebensjahre. Die Pforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 4. VI. Entl. 17. VI. 09. — Pat. nicht auffindbar.

141. Hugo Sch., 7 M., — Diagnose: H. ing. sin. Nabelhernie.

An. u. St.: Der Bruch ist congenital und gut reponierbar. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. Außerdem besteht ein Nabelbruch. Pforte

für einen Finger offen. — Bassini. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Die Nabelhernie wird des Alters wegen nicht operiert. — Op. 8. VI. Entl. 19. VI. 09. — Pat. nicht auffindbar.

142. Walter H., 4 J. — Diagnose: H. ing. dupl. lib.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist beiderseits für einen Finger durchgängig. — 9. VI. Bassini rechts. Der 3 cm lange Bruchsack wird abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. Geringes Ekzem. — 25. VI. Bassini links. Der zarte 5 cm lange Bruchsack ist leer und wird nach Isolierung abgebunden und abgetragen. Es tritt ein Ekzem auf, das durch Salbenverbände zur Heilung gebracht wird. Temp. normal. — Entl. 8. VII. 09. — Pat. ist recidivfrei.

143. Edeltraut St., 11 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong.

An. u. St.: Der Bruch ist angeboren und gut reponierbar. Die Pforte ist erweitert. — Bassini. Der Bruchsack wird abgetragen und versenkt. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 17. VI. Ent. 5. VII. 09. — Pat. ist recidivfrei.

144. Fritz S., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong. lib.

Bassini. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 17. VI. Entl. 28. VI. 09. — Pat. nicht auffindbar.

145. Erwin N., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch ist leicht reponierbar, die Bruchpforte für einen Finger offen. — Bassini. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 22. VI. Entl. 3. VII. 09. — Pat. nicht auffindbar.

146. Ernst A., 4 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. Patient trug kurze Zeit ein Bruchband. — Bassini. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Eine leichte Sekretion aus dem unteren Wundwinkel verzögert die Heilung. — Op. 29. VI. Entl. 20. VII. 09. — Pat. ist recidivfrei.

147. Otto M., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Die Pforte für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Im Bruchsack findet sich adhärentes Netz. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 29. VI. Entl. 2. VII. 09. — Pat. ist recidivfrei, doch ist seit einem Vierteljahr auf der anderen Seite ein Bruch entstanden.

148. Paul Th., 9 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Vor zwei Jahren fiel Pat. auf dem Eise hin. Damals wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Patient trug ein Bruchband ohne jeden Erfolg. — Bassini. Der Bruchsack ist leer und wird amputiert. Eine Hydrocele testis wird abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 1. VII. Entl. 13. VII. 09. — Pat. ist recidivfrei.

149. Gerhard B., 5 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit 2 Jahren; seit dieser Zeit wurde von Patient ein Bruchband getragen. Die Bruchpforte für die Fingerkuppe durchgängig.

— Bassini. Der Bruchsack ist 6 cm lang und weist keinen Inhalt auf. Er wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 2. VII. Entl. 12. VII. 09. — Pat. ist recidivfrei.

150. Otto L., 8 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Nach einem starken Keuchhusten vor zwei Jahren wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Er ist leicht reponierbar, die Pforte für einen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 8. VII. Entl. 19. VII. 09. — Pat. ist recidivfrei.

151. Friedrich H., 5 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. lib.

An. u. St.: Die Pforte für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der 6 cm lange Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 9. VII. Entl. 19. VII. 09. — Pat. ist nicht auffindbar.

152. Georg B., 8 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat vor 2 Monaten auf und war stets leicht reponierbar. Die Bruchpforte ist für die Kleinfingerkuppe durchgängig. — Bassini. Der 5 cm lange leere Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 9. VII. Entl. 19. VII. 09. — Pat. nicht auffindbar.

153. Maria A., 11 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Patientin trägt seit einigen Jahren ein Bruchband ohne Erfolg. Auf beiden Seiten besteht

eine offene Bruchpforte. — Bassini. Der leere Bruchsack wird amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 22. VII. Entl. in Heilg. 26. VII. — Pat. ist recidivfrei.

154. Carl M., 1 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. lib. indirect.

An. u. St.: Der Bruch ist congenital. Die Pforte ist für Fingerkuppe durchgängig. — 27. VII. Bassini links. Der Bruchsack wird abgebunden und amputiert. — Temp. normal. Heilg. pp. — 9. VIII. Der Bruchsack wird abgebunden und amputiert. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. Entl. 17. VIII. 09. Pat. ist recidivfrei.

155. Max Kr., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit einem Jahr. — Bassini. Der Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. VIII. Entl. 25. VIII. 09. — Pat. ist nicht auffindbar.

156. Gustav M., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für die Kleinfingerkuppe durchgängig. — Bassini. Im Bruchsack finden sich Dünndarmschlingen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 31. VIII. Entl. 1. X. 09. — Pat. ist nicht auffindbar.

157. Beise E., 10 M. — Diagnose: H. ing. dextr.

Das Krankenjournal von Patienten ist verloren gegangen. Es ist bei ihm am 10. VIII. die Radikaloperation nach Bassini gemacht worden. Am 20. IX. 09 ist er entlassen aus der Klinik geheilt. Pat. ist recidivfrei.

158. Otto Sch., 6 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat 6 Wochen nach der Geburt auf, Patient trug ein Bruchband. Die Pforte für einen Finger durchgängig. — Bassini. Im Bruchsack sind Dünndarmschlingen. Er wird nach Isolierung abgebunden und abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 20. IX. Entl. 1. X. 09. — Pat. ist recidivfrei.

159. Erich H., 3 J. Diagnose: H. ing. dextr.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit einem Jahr und war stets leicht reponierbar. — Bassini. Versorgung des Bruchsackes. Am Tage nach der Operation tritt eine leichte Temperatursteigerung ein, am zweiten Tage bereits normale Temperatur. Heilg. pp. — Op. 23. IX. Entl. 4. X. 09. — Pat. ist recidivfrei. Der rechte Hoden etwas höher als der linke, Größe normal. Präputiale Verklebungen werden gelöst.

160. Wilhelm Sch., 2 J. Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St: Ein Bruder hat einen Leistenbruch gehabt und ist im Alter von 12 Jahren operiert worden. Vor einem halben Jahre wurde beim Patienten der Bruch bemerkt. Bassini. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. Op. 24. IX. Entl. 4. X. 09. — Pat. nicht auffindbar.

161. Walter P., 5 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. indirecta.

An. u. St.: Patient hatte eine Phimose, die vor 4 Jahren operiert wurde. Vor einem Jahr wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. Seit einem halben Jahr trägt Patient ein Bruchband ohne Erfolg. Die

Bruchpforte für die Fingerkuppe durchgängig. Rechter Leistenring ebenfalls offen. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Verlagerung des Samenstranges. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Op. 12. X. Entl. 23. X. 09. — Pat. ist recidivfrei.

162. Georg G., 6 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit einem Jahr. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. Patient trägt ein Bruchband ohne Erfolg. — Bassini. Der zarte leere Bruchsack wird abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 20. X. Entl. 30. X. 09. — Pat. ist recidivfrei, doch hat er etwas Schmerzen in der Bruchgegend, wenn er viel gegangen ist.

163. Gotthard H., 1 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. lib.

An. u. St.: Seit Geburt zeigt sich beim Schreien in beiden Leistenbeugen eine Anschwellung. Die Bruchpforten sind für zwei Finger durchgängig. — 18. X. Bassini links. Der Bruchsack ist leer. Da der Bruchsackhals sehr adhärent ist, wird der Bruchsack hoch abgebunden und amputiert. — Temp. normal. Heilg. pp. — Geheilt 25. X. 09. — 3. XI. Bassini rechts. Die Narkose ist unruhig, die Atmung stockt und muß durch Compression des Thorax wieder in Gang gebracht werden. Das Kind sieht auffallend blaß aus. Chloroformverbrauch 20,0. Im Bruchsack findet sich Coecum, das in breiter Fläche an der Bruchsackserosa adhärent ist und schwer abzulösen ist, und ein 15 cm langer Appendix, der amputiert wird. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und abgetragen.

— Temp. normal. Heilg. pp. Entl. 17. IX. 09. — Pat. ist recidivfrei.

164. Otto H., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. Bruchinhalt drängt sich beim Husten und Pressen nicht vor. — Bassini. Narkose: 10,0 Chloroform. Der zarte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 19. X. Entl. 30. X. 09. — Pat. ist recidivfrei.

165. Hans G., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Das Kind hat die englische Krankheit gehabt. Vor wenigen Monaten wurde der Bruch beim Schreien zum ersten Male bemerkt. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Narkose: 20,0 Chloroform. Der Bruchsack ist sehr zart und schwer isolierbar. Beim Isolieren zeigen sich einzelne bohnengroße Knoten, die 5 cm oberhalb des Hodens dem Samenstrang fest anliegen. Bei Eröffnung des Bruchsackes findet sich seine Serosa von Tuberkelknötchen übersät. Der Bruchsack wird abgebunden und isoliert. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. Op. 27. X. Entl. 6. XI. 09. — Pat. ist recidivfrei.

166. Kurt W., 20 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong. Hernia umbilicalis.

An. u. St.: Vor 3 Monaten hatte Patient einen Nabelbruch, der mit Heftpflasterverband in der Klinik behandelt wurde. Hierbei wurde ein rechtsseitiger Leistenbruch diagnosticiert. Patient erhielt ein Bruchband. Seit einem halben Jahr trägt er es nicht mehr, weil es zu klein geworden. Infolge Keuchhusten

vergrößerte sich der Bruch. Er ist leicht reponierbar. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. Die Nabelbruchpforte ist für die Kleinfingerkuppe durchgängig. — Bassini. Narkose: 20,0 Chloroform. Das Kind wird cyanotisch, es muß künstliche Atmung eingeleitet werden. Der zarte Bruchsack ist leer. Er wird nach Isolierung abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. - - Op. 30. X. Entl. 9. XI. 09. — Pat. ist recidivfrei. Der rechte Hoden steht in normaler Größe etwas höher als der linke.

167. Paul Th., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. lib.

An. u. St.: Das Kind hat präputiale Verklebungen, die gelöst werden. Der Bruch besteht seit Geburt. Die Bruchpforte ist für den Zeigefinger durchgängig. — Bassini. Es tritt eine Temperatursteigerung ein. Das Kind hustet stark; es wird daher nach Entfernung der Nähte in die medizinische Klinik überwiesen. — Op. 9. XI. Entl. 17. XI. 09. — Pat. nicht auffindbar.

168. Paul S., 6 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Im Alter von 7 Wochen trat der Bruch zum ersten Male auf. Ein Bruchband wurde kurze Zeit getragen, es wurde jedoch bald weggelassen, weil es den Bruch nicht zurückhalten konnte. Das Kind kommt erst jetzt zur Operation, weil der behandelnde Arzt eine Operation vor 6 Jahren für unmöglich hielt. Die Bruchpforte für den Daumen durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp.

Narkose: 20,0 Chloroform. — Op. 10. XI. Entl. 23. XI. 09. — Pat. ist recidivfrei.

169. Ewald Sch., 2 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong. lib.

An. u. St.: Der Bruch trat im Alter von 6 Wochen auf. Er ist gänseeigroß. Die Bruchpforte ist für die Kleinfingerkuppe durchgängig. — Bassini. Narkose: 30,0 Chloroform. Es tritt Asphyxie ein, die durch künstliche Atmung nach Silvester behoben wird. Im Bruchsack ist der Appendix, der reseciert wird. Der Bruchsack wird abgebunden und abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 18. XI. Entl. 1. XII. 09. — Pat. ist recidivfrei.

170. Albert D., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch ist angeboren und stets leicht reponierbar. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. Der Bruchsack läßt sich nicht vollkommen abtragen, da Adhäsionen an der Peritonealseite bestehen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. XII. Entl. 24. XII. 09. — Pat. nicht auffindbar.

171. Ernst W., 2 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong. lib.

An. u. St.: Der Bruch wurde 6 Wochen nach der Geburt zum ersten Male bemerkt. Patient trug anfangs ein Bruchband ohne Erfolg, später ließ er es deshalb weg. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini. Der leere Bruchsack wird abgebunden und entfernt. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 6. I. Entl. 17. I. 10. — Pat. ist recidivfrei. Die Operationsnarbe ist etwas rot.

172. Elise A., 4 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. An. u. St.: Der Bruch besteht seit einem Vierteljahr. Sechs Wochen lang trug Patientin ein Bruchband. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig, der Bruch leicht reponierbar. Bassini. Der Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. 9 Tage nach der Operation wird ein vereitertes Haematom aus der Tiefe der Wunde entfernt, worauf die Wunde unter geringer Sekretion gut verheilte. Temp. normal. — Op. 11. I. Entl. 10. II. 10. — Pat. ist recidivfrei.

173. Otto G., 9 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. An. u. St.: Der Bruch trat im Alter von 3 Monaten auf. Seit seinem zweiten Lebensjahre trägt Patient ein Bruchband, das den Bruch vorübergehend zurückhielt. Allmählich wurde der Bruch größer. Er besitzt jetzt die Größe eines Taubeneies und ist stets leicht reponierbar gewesen. Die Bruchpforte ist für den Zeigefinger durchgängig. — Bassini. 20,0 Chloroform. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 13. I. Entl. 24. I. 10. — Pat. ist recidivfrei.

174. Fritz Pr., 15 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. An. u. St.: Der Bruch wurde vor $1^1/_2$ Jahren zum ersten Male bemerkt. Patient trug ein Bruchband, das den Bruch jedoch nicht zurückhielt. Die Bruchpforte für den kleinen Finger durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 15. I. Entl. 25. I. 10. — Pat. nicht auffindbar.

175. Bruno Sch., 2 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. lib.

An. u. St: Im Alter von 3 Wochen zeigte sich in der linken Leistenbeuge eine Anschwellung, seit einem Jahr, als das Kind zu laufen anfing, auch rechts, vom dritten Monat ab trug das Kind links ein Bruchband das jedoch den Bruch nicht zurückhalten konnte. Die Bruchpforte ist auf beiden Seiten für den Zeigefinger durchgängig. Der rechte Bruch läßt sich leicht reponieren, der linke schwieriger. 18. I. Bassini links. Der leere Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — 31. I. Bassini rechts. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und abgeschnitten. Keine Temperaturerhöhung. Heilg. pp. — Entl. 10. II. 10. — Patient ist recidivfrei.

176. Fritz St., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. irreponible.

An. u. St.: Im Alter von 6 Wochen trat der Bruch zum ersten Male auf, er war stets reponierbar, Patient trug ein Bruchband, das den Bruch bis vor kurzem gut zurückhielt. Vor 8 Tagen hatte er plötzlich heftige Schmerzen, der Bruch ließ sich nicht mehr zurückbringen, der Stuhlgang blieb aus. Kein Erbrechen. In der rechten Leistenbeuge besteht eine gänseeigroße Geschwulst, die sich nicht reponieren läßt. — Bassini. Im Bruchsack findet sich Coecum und der Appendix, der reseciert wird. Der Inhalt zeigt keine Einklemmungserscheinungen. Der Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 20. I. Entl. 28. I. 10. — Pat. ist recidivfrei.

177. Paul Sch., 3 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. An. u. St.: Der Bruch wurde im Alter von 6 Monaten zum ersten Male bemerkt. Ein Jahr lang trug Patient ein Bruchband, das dann fortgelassen wurde, weil es drückte. Der Bruch ist leicht reponierbar, die Bruchpforte für den Zeigefinger durchgängig. — Bassini. Narkose 18,0 Chloroform. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 24. I. Entl. 6. II. 10. — Pat. ist recidivfrei.

178. Emil M., 11 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Seit Geburt hat Patient eine Anschwellung in der rechten Leistenbeuge, die allmählich größer wurde, sich jedoch stets gut reponieren ließ. Er trug ein Bruchband, aber nur vorübergehend, weil es Beschwerden verursachte. Im Skrotum befindet sich eine faustgroße Geschwulst, die sich zum Teil reponieren läßt und beim Husten größer wird. — Bassini. Das Coecum ist an der Bruchsackbasis weit verwachsen. Der Bruchsack wird isoliert, durch Tabaksbeutelnaht abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 2. II. Entl. 17. II. 10. — Pat. ist recidivfrei.

179. Elise P., 8 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. lib.

An. u. St.: Vor 2 Jahren zeigte sich eine leichte Vorwölbung beider Leistenbeugen, die allmählich größer wurde. Seit der Zeit trug Patientin ein doppelseitiges Bruchband. Da es in letzter Zeit scheuerte, ließ sie es weg. Beide Leistenbeugen weisen eine taubeneigroße Geschwulst auf. Die Bruchpforten

sind für einen Finger durchgängig. — 8. II. Bassini links. Der zarte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — 16. II. Bassini rechts. Temp. normal. Heilg. pp. — Entl. 27. II. 10. — Pat. ist recidivfrei.

180. Martin M., 4 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Im Alter von 18 Monaten fiel Patient über einen Stuhl, sodaß das Stuhlbein in die rechte Leistenbeuge stieß. Damals trat der Bruch auf und nahm ständig zu. In der rechten Leistenbeuge befindet sich eine hühnereigroße Vorwölbung, die leicht reponierbar ist. Die Bruchpforte ist für den Zeigefinger durchgängig. — Bassini. Amputation des zarten Bruchsackes. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 9. II. Entl. 19. II. 10.

181. Ernst N., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong. — Hydrocele funiculi spermatici et testis dextra.

An. u. St.: Im Alter von 4 Monaten trat beim Patienten eine leichte Anschwellung der rechten Leistenbeuge auf, die größer wurde. Vor 3 Monaten wurde die Hydrocele punktiert. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. Der Bruch ist hühnereigroß und leicht reponierbar. Der rechte Hoden ist von einer kleinen walnußgroßen, schlaffen Hydrocele umgeben. Die Vorhaut läßt sich über die Glans nicht zurückschieben. — Bassini, Exstirpation der Hydrocele funiculi spermatici uneröffnet. Operation der Hydrocele testis nach v. Bergmann. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 19. II. Entl. 1. III. 10.

182. Hermann K., 12 J. — Diagnose: H. ing. dextr.

An. u. St.: Der Vater und ein Bruder haben einen Leistenbruch, vier Geschwister gesund. Das Bruchleiden des Patienten besteht seit Geburt. Er trug nie ein Bruchband. In letzter Zeit hatte er in der Bruchgegend Schmerzen. In der rechten Leistenbeuge findet sich eine taubeneigroße Geschwulst. Die Bruchpforte ist für den kleinen Finger offen. — Bassini. Der Bruchsack besitzt eine derbschwielige Wandung. Er wird isoliert, abgebunden und abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 3. III. Entl. 11. III. 10.

183. Erich Sp., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. Phimose.

An. u. St.: Gleich nach der Geburt zeigte sich beim Patienten eine kleine, leicht reponierbare Anschwellung an der rechten Leistenbeuge, die größer wurde. Bruchpforte ist für Zeigefingerkuppe durchgängig. — Bassini. Narkose 20,0 Chloroform. Der Bruchsack ist derb, in seinem unteren Abschnitt sind Reste eines alten Haematoms. Er wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Die Phimose wird gedehnt. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 15. III. Entl. 26. III. 10. —

184. Elisabeth Pl., 7 M. — Diagnose: H. ing. sin. incarc.

An. u. St.: Gleich nach Geburt trat eine kleine Vorwölbung des linken Labium ein, die allmählich größer wurde. Jetzt befindet sich in der linken Leistenbeuge ein kleinpflaumengroßes, glattes, knorpelhartes und unter der Haut leicht verschiebliches Gebilde. Kein Druckschmerz. — Bassini. Narkose: 20,0 Chloroform.

Bruchsackinhalt: Ovarium nebst Tube. Die Bruchpforte wird erweitert, und die Adnexe reponiert. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 16. III. Entl. 26. III. 10.

185. Willy G., 2 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St: Der Bruch trat gleich nach der Geburt auf und wurde immer größer. Ein Bruchband konnte ihn nicht vollständig zurückhalten und wurde daher weggelassen. In der linken Leistenbeuge befindet sich eine gänseeigroße, leicht reponierbare Vorwölbung. Die Bruchpforte ist für den Zeigefinger durchgängig, rechts für die Fingerkuppe. — Bassini. Narkose: 20,0 Chloroform. Der sehr zarte Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 17. III. Entl. 26. III. 10.

186. Emil B., 8 M. — Diagnose: H. ing. duplex.

An. u. St.: Im Alter von 3 Wochen trat links eine leicht reponierbare Vorwölbung der Leistenbeuge auf, die größer wurde und sich seit 3 Monaten nicht mehr reponieren ließ. Jetzt befindet sich in der linken Leistenbeuge eine gänseeigroße Anschwellung, die beim Schreien des Patienten prall elastisch wird. Der Penis ist mit in die Geschwulst hineingezogen. Die Geschwulst läßt sich bis auf Hühnereigröße reponieren, in den Leistenkanal kann man jedoch am oberen Pol der Geschwulst nicht eindringen. Rechts befindet sich eine taubeneigroße Verwölbung. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — 21. III. Bassini. Narkose 10,0 Chloroform. Im Bruchsack findet sich

Coecum, Appendix und Dünndarmschlingen, die erst nach spalten des äußeren Leistenringes reponiert werden können. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — 6. IV. Bassini rechts, Narkose: 10,0 Chloroform. Der zarte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. Entl. 19. IV. 10.

187. Franz R., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Vor einem halben Jahre wurde der Bruch zum ersten Male bemerkt. In der rechten Leistenbeuge befindet sich eine hühnereigroße Anschwellung. Die Bruchpforte ist für den Zeigefinger durchgängig. — Bassini. Narkose: 20,0 Chloroform. Der zarte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 19. IV. Entl. 29. IV. 10.

188. Ernst V., 2 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Vor 3 Monaten trat in der rechten Leistenbeuge eine taubeneigroße leicht reponierbare Vorwölbung auf. Ein Arzt verordnete ein Bruchband, das jedoch den Bruch nicht zurückhalten konnte und deshalb fortgelassen wurde. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. Bruchinhalt wölbt sich beim Husten nicht vor. — Bassini. Narkose: 15,0 Chloroform. Der sehr zarte Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 20. IV. Entl. 30. IV. 10.

189. Friedrich D., 5 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit einem Jahr, Bruchband wurde nicht getragen. Die Bruchpforte ist für den Daumen durchgängig. In der rechten Leistengegend befindet sich eine weiche, beim Husten sich bis zum Boden des Hodensacks vorwölbende, leicht reponierbare Geschwulst. — Bassini. Narkose: 12,0 Chloroform. Der zarte Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 26. IV. Entl. 7. V. 10.

190. Willy Rh., 1 J. — Diagnose: H. ing. dupl. cong. lib.

An. u. St.: Im Alter von 1 Jahr wurde beiderseits ein allmählich größer werdende, reponierbare Anschwellung bemerkt. Links befindet sich in der Leistenbeuge eine hühnereigroße, rechts eine taubeneigroße Geschwulst. Die linke Bruchpforte ist für die Zeigefingerkuppe, die rechte für einen Finger durchgängig. — 27. IV. Bassini links. Narkose: 12,0 Chloroform. Der zarte Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. 9. V. Bassini rechts, Verlauf ebenso. Temp. normal. Heilg. pp. Entl. 9. V. 10.

191. Margarete H., 14. J. — Diagnose: H. ing. sin. — Appendicitis.

An. u. St.: Im Alter von 8 Jahren hatte Patientin Lungenentzündung, vor 1 Jahr Influenza. Seit November hat sie starke Schmerzen in der Blinddarmgegend und starke Beschwerden beim Gehen. Seit 4 Jahren leidet sie an einem linksseitigen Leistenbruch, der ihr, wenn er austrat, große Schmerzen verursachte. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. Die

Appendixgegend des Abdomens ist druckempfindlich. — Bassini. Der mäßig große Bruchsack wird isoliert, abgebunden, amputiert. Typische Appendiotomie. Der Appendix ist fest verwachsen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 27. IV. Entl. 13. V. 10. —

192. Hans R., 18 M. — Diagnose: H. ing. sin. lib. cong.

An. u. St.: Vor 3 Wochen zeigte sich in der linken Leistenbeuge eine weiche, leicht reponierbare Anschwellung, die jetzt bis zu Taubeneigröße herangewachsen ist. Pforte für Fingerkuppe offen. Bassini. Narkose: 20,0 Chloroform. Das Kind wird asphyktisch, erholt sich aber wieder. Der zarte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 28. IV. Entl. 9. V. 10. —

193. Georg K., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch wurde vor 3 Monaten zum ersten Male bemerkt. Ein Bruchband wurde getragen, hielt jedoch den Bruch nie ordentlich zurück; da es scheuerte, wurde es weggelassen. Das Kind kränkelt angeblich des Bruches wegen. In der rechten Leistengegend befindet sich eine hühnereigroße, bis zum Boden des Hodens reichende, leicht reponierbare Geschwulst. Die Bruchpforte ist für die Zeigefingerkuppe durchgängig. — Bassini. Der zarte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Narkose: 15,0 Chloroform. Temp. normal Heilg. pp. — Op. 2. V. Entl. 13. V. 10. —

194. Anton M., 3 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Im Alter von 6 Monaten zeigte sich rechts in der Leistengegend eine Anschwellung, die sich leicht reponieren ließ und ein Jahr lang verschwunden blieb. Im Alter von 18 Monaten trat sie wieder auf. Es wurde ein Bruchband getragen, das nach einem Vierteljahr wieder fortgelassen wurde. Beide Bruchpforten sind für die Fingerkuppen durchgängig. Der rechte Hoden ist oberhalb des äußeren Leistenringes fühlbar. — Radikaloperation nach Bassini. Narkose: 15,0 Chloroform. Oberhalb des äußeren Leistenringes findet sich der nach oben zurückgeschlagene zarte Bruchsack, in dem sich der Hoden befindet. Der Hoden wird in den Hodensack reponiert. Der Bruchsack ist schwer isolierbar. 4 Bassininähte. Darauf erfolgt die Naht der Fascie und des Zellgewebes unterhalb des äußeren Leistenringes, wodurch ein Zurückschlüpfen des Hodens verhindert wird. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 3. V. Entl. 14. V. 10.

195. August P., 13 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. Beim Husten tritt Bruchinhalt aus. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Der kleine Bruchsack ist leer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 7. V. Entl. 17. V. 10.

196. Egbert B., 1 J. — Diagnose: H. ing. sin. cong. lib. Phimose.

An. u. St.: Im Alter von 8 Wochen zeigte sich in der linken Leistenbeuge eine weiche, leicht reponierbare Anschwellung. 4 Wochen später verordnete ein Arzt ein Bruchband. Da es nicht paßte,

wurde es bald weggelassen. Der Bruch wurde allmählich größer. Beide Bruchpforten sind für die Kuppe des Zeigefingers durchgängig. Beim Pressen wölbt sich in der Leistengegend eine hühnereigroße Geschwulst vor. — Bassini. Narkose: 15,0 Chloroform. Der zarte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. Dehnung der Phimose. — Op. 18. V. Entl. 27. V. 10.

197. Erich Pl., 15 M. — Diagnose: H. ing. dextr. cong. lib. Phimose.

An. u. St.: Im Alter von 3 Wochen zeigte sich in der rechten Leistenbeuge eine daumengroße, leicht reponierbare Geschwulst. Der Arzt riet abzuwarten. Da die Geschwulst größer wird, bringen die Eltern das Kind in die Klinik. Im Hodensack befindet sich eine hühnereigroße Anschwellung. Die Bruchpforte ist für das Endglied des Zeigefingers offen. — Bassini. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Dehnung der Phimose. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 20. V. Entl. 30. V. 10.

198. Bruno W., 15 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Als Patient 8 Monate alt war, zeigte sich unterhalb der rechten Leistenbeuge eine hühnereigroße Geschwulst, die von selbst wieder verschwand. Seit 14 Tagen trägt Patient ein Bruchband, das aber den Bruch schlecht zurückhält und drückt. Beide Bruchpforten sind für die Kuppe des Zeigefingers durchgängig. Beim Schreien wölbt sich eine hühnereigroße, leicht reponierbare Geschwulst vor. Über den

Lungen giemende und pfeifende Geräusche. — Bassini. Das Isolieren des Bruchsackes ist sehr schwierig, da auf ihm schwielige Adhäsionen vorhanden sind. In seinem Inneren ist am Peritoneum ein derber Strang adhärent. Distal von diesem wird der Bruchsack abgebunden und abgeschnitten. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 21. V. Entl. 28. V. 10.

199. Walter K., 13 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. In der rechten Leistenbeuge wölbt sich ein kleiner Bruch vor. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 2. VII. Entl. 9. VII. 10.

200. Erwien S., 13 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib.

An. u. St.: In der rechten Leistenbeuge wölbt sich ein kleiner, leicht reponierbarer Bruch vor, der congenital ist. Die Bruchpforte ist für die Fingerkuppe durchgängig. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 2. VII. Entl. 9. VII. 10.

201. Pilches St., 8 J. — Diagnose: H. ing. cong. irrep. sin.

An. u. St.: Der Bruch trat im Alter von 2 Wochen auf und wurde immer größer. Im ersten Jahre ließ er sich leicht reponieren, später nicht mehr. Ein Bruchband wurde verordnet, das aber nicht gut saß. Der Bruch ist mannsfaustgroß, nicht reponierbar. Die Bruchpforte ist sehr weit. — Bassini. Der Bruchinhalt wird vor Eröffnen des Bruchsackes in die

Bauchhöhle reponiert, der Bruchsack abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 16. VII. Entl. 29. VII. 10.

202. Bruno K., 2 J. Diagnose: H. ing. dextr. lib. An. u. St.: Der Bruch wurde im Alter von 1 Jahre zum ersten Male bemerkt, als das Kind zu laufen anfing; beim Liegen verschwand er. Es wurde ein Bruchband angelegt, doch trat der Bruch in der letzten Zeit nebenbei aus. Der Bruch ist leicht reponierbar und reicht bis ins Skrotum herab. Die Bruchpforte ist für den kleinen Finger offen. Bassini. Der unten schwielig verdickte Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 19. VII. Entl. 27. VII. 10.

203. Fritz K., 13 J. — Diagnose: H. ing. cong. lib. dextr.

An. u. St.: Das Kind hat Scharlach, Masern und Pneumonie durchgemacht. Seit 2 Jahren leidet es an dem Bruch. Die Bruchpforte ist sehr weit. — Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Als Bruchsackinhalt findet sich Netz, das ligiert und abgetragen wird. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 21. VII. Entl. in Heilg. 22. VII. 10.

204. Johanna R., 4 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib. An. u. St.: Vor 4 Wochen zeigte sich beim Pressen in der linken Leistenbeuge eine Vorwölbung, die jetzt hühnereigroß geworden ist und sich leicht reponieren läßt. Die Bruchpforte ist für die Zeigefingerkuppe durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack wird abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 25. VII. Entl. 8. VIII. 10.

205. Walter J., 9 J. — Diagnose: H. ing. sin. Hernia epigastrica.

An. u. St.: Der Bruch besteht seit Geburt. Patient trug in den ersten Jahren ein Bruchband, das jedoch, da es Schmerzen verursachte, weggelassen wurde. 3 cm oberhalb des Nabels in der linea alba eine haselnußgroße Vorwölbung. Die Inguinalhernie ist hühnereigroß und leicht reponierbar. Die Bruchpforte ist für den kleinen Finger offen. — Radikaloperation der Hernia epigastrica und der Inguinalhernie nach Bassini. Der zarte Bruchsack wird abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 28. VII. Entl. 9. VIII. 10.

206. Wilhelm M., 8 J. — Diagnose: H. ing. dextr. Hydrocele tunica vaginalis propria dextr.

An. u. St.: Der Bruch entstand vor 3 Wochen. Er ist hühnereigroß und zeigt beim Husten keine Vergrößerung. Die Bruchpforte ist für die Kleinfingerkuppe durchgängig. — Bassini und Hydrocele nach v. Bergmann. Der Bruchsack wird abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 2. IX. Entl. 12. IX. 10.

207. Gustav A., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr.

An. u. St.: Der Bruch trat vor 3 Monaten zum ersten Male auf als kleine Vorwölbung und wurde allmählich größer. Die Bruchpforte ist für einen Finger offen. — Bassini. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 5. IX. Entl. 16. IX. 10.

208. Franz M., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr.

Die Krankengeschichte ist nicht aufzufinden. — Bassini. — Op. 10. IX. Entl. 21. IX. 10.

209. Alfred P., 18 M. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Als das Kind zu laufen anfing, wurde der Bruch bemerkt. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. Bassini nebst Bruchsackverlagerung nach Lexer. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 24. IX. Entl. 3. X. 10.

210. Herbert F., 1 J. — Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Seit Geburt besteht eine Vorwölbung, die sich beim Pressen und Husten bis ins Skrotum fortsetzt. Die Bruchpforte für einen Finger durchgängig. — Bassini. Der lange zarte Bruchsack ist mehrfächerig, er wird nach Isolierung abgebunden und abgetragen. Temp. normal Heilg. pp. — Op. 24. IX. Entl. 1. X. 10. —

211. Kurt B., $2\,^1/_2$ J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Beim Husten und Schreien wölbt sich seit mehreren Monaten in der linken Leistenbeuge eine Geschwulst vor. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack wird isoliert, abgebunden und amputiert. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 28. IX. Entl. 6. X. 10.

212. Friedrich Sch., 14 J. — Diagnose: H. ing. sin. lib.

An. u. St.: Als Patient vor 14 Tagen beim zu Stuhl gehen preßte, zeigte sich in der linken Leisten-

beuge eine hühnereigroße Geschwulst. Die Bruchpforte ist für einen Finger durchgängig. — Bassini. Der Bruchsack trägt ein großes präperitoneales Lipom, das in die Tiefe geht und beim Abbinden teilweise zurückbleiben muß. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 30. IX. Entl. 21. X. 10.

213. Max O., 8 M. Diagnose: H. ing. dextr. lib. cong.

An. u. St.: Der Bruch trat kurz nach der Geburt auf, er wölbt sich beim Schreien stärker vor. — Bassini. Der Bruchsack wird nach Isolierung abgebunden und abgetragen. Temp. normal. Heilg. pp. — Op. 30. IX. Entl. 8. X. 10.

In der Zeit vom 1. Oktober 1905 bis zum 1. Oktober 1910 sind in der Königsberger chirurgischen Universitätsklinik 255 Operationen von Kinderhernien gemacht worden bei 215 Kindern von 3 Monaten bis 15 Jahren. Es wurden alle Bruchkranken operiert, die keine organische Erkrankung aufzuweisen hatten. Außer in zwei Fällen von Incarceration, wo die Herniotomie gemacht wurde, ist immer die Radikaloperation von *Bassini* ausgeführt worden. Es wurde in 69 Fällen die Bruchsackverlagerung nach *Lexer* ausgeführt, in 45 Fällen die nach *Kocher*. In den übrigen Fällen wurde der Bruchsack nach Isolierung nur abgebunden und abgetragen. Die Operationsdauer betrug 15 bis 30 Minuten. Die Operation wurde immer in Chloroform-

narkose ausgeführt, der Verbrauch betrug im Durchschnitt 20,0 ccm.

Der Aufenthalt in der Klinik betrug bei einseitig und in einer Sitzung beidseitig Operierten 1 bis 30 Tage, im Durchschnitt also 15,5 Tage.

Der Aufenthalt der doppelseitigen Bruchkranken, die in zwei Sitzungen operiert wurden, betrug 11—56 Tage im Durchschnitt 27 Tage.

Sengocku-Erlangen hat im Durchschnitt 19,8 Tage Klinikaufenthalt.

Murray hat 14 Tage Heildauer, *Maaß* 8, *Kovàcs* 5—6, *Loirthioir* 5.

Wir haben in den günstigsten Fällen 7 Tage nach der Operation die Kinder als geheilt entlassen, in ambulante Behandlung haben wir einige Male nach 4 Tagen, einmal sogar nach einem Tage die Patienten entlassen. Man kann also auch Brustkinder bequem operieren, da man ja in wenig Tagen die poliklinische Behandlung einleiten kann.

Ein Bruchband wurde nach der Operation nie getragen, nur wurde meistens den Patienten noch eine zehntägige Bettruhe nach der Entlassung anempfohlen.

Die doppelseitigen Hernien wurden außer in 3 Fällen stets in zwei Sitzungen operiert, damit im Falle einer Infektion die inficierte Seite sofort erkannt wird. *Großmann, Bühlmann, Sengocku* operieren die Hernia duplex in einer Sitzung.

Der jüngste operierte Patient war 3 Monate alt, der älteste 15 Jahre.

Alter der Kinder:	0 bis 6 Monate	4.
	6 Monate bis 1 Jahr	41.
	1 bis 2 Jahre	39.
	2 bis 3 Jahre	33.
	bis 5 Jahre	28.
	5 bis 15 Jahre	69.

Es sind 255 Hernien, die sich auf 215 Kinder verteilen.

Männliche		Weibliche	
sinistra	66	sinistra	10
dextra	106	dextra	3
duplex	28	duplex	2
Se.	200	Se.	15.

Es sind also 200 Knaben und 15 Mädchen operiert worden. Das Verhältnis beträgt 1 : 0,075 und ist ziemlich gleich anderen Statistiken:

Sengocku	1 : 0,089
Wernher	1 : 0,088
Carmichael	1 : 0,14
Clottu	1 : 0,071
Bühlmann	1 : 0,093.

109 Hernien waren rechtsseitige, 76 linksseitige, 30 beiderseitige.

	rechts : links = 1,43 : 1	*(Meyhöfer)*
Berger	rechts : links = 1,46 : 1	
Wernher	rechts : links = 1,74 : 1	
Imfeld	rechts : links = 2,06 : 1	
Clottu	rechts : links = 2,0 : 1	
Bühlmann	rechts : links = 1,3 : 1	
Sengocku	rechts : links = 1,1 : 1.	

Die doppelseitigen betrugen bei mir 16,3 %.

Sengocku	22 %
Imfeld	17 %
Clottu	15,5 %
Bühlmann	24 %
Macready	62 %.

Über die Entstehung der Brüche ließ sich folgendes ermitteln:

	Cong.	71 Patienten	34,5 %
Im 1. Monat		14 »	6,8 %
Im 1. bis 11. Monat		52 »	25 %
Im 1. bis 4. Jahr		40 »	19,6 %
Im 5. bis 15. Jahr		28 »	13,2 %
Sengocku:	cong.	25 »	33,8 %
	1. Monat	15 »	20,3 %
1. bis 11. Monat		14 »	18,3 %
1. bis 4. Jahr		12 »	16,2 %
4. bis 14. Jahr		8 »	10,7 %
Berger:	cong.	422 »	26,1 %
	1. Monat	258 »	15,9 %
1. bis 11. Monat		341 »	21,1 %
1. bis 4. Jahre		338 »	21,1 %
5. bis 14. Jahre		254 »	15,8 %.

Carmichael hat unter 152 Hernien 133 angeborene.

Bühlmann meint, daß die meisten Brüche erst in den ersten drei Monaten sichtbare Dimensionen annehmen und daher auch dann erst bemerkt werden.

Nach *Anderegg* ist 54 % aller bruchkranken Kinder, nach *Kingdons* $^1/_3$ erblich belastet, ich habe nur in 5 Fällen Heredität ermitteln können.

Bühlmann ermittelte unter 117 Kindern 34 mal Heredität, was ungefähr mit *Kingdons* übereinstimmt.

Beschwerden verursachte der Bruch in 11 Fällen, was ca. 5 % ausmacht. *Sengocku* hat 19 % Beschwerden.

Die Größe der Brüche ist in 42 Fällen angegeben, die der Bruchpforte in 153, nach der *Mayor*'schen Einteilung ergibt sich

klein (taubenei-nußgroß)	22
mittel (hühnerei-faustgroß)	23
groß (kindskopf-zweifaustgroß	4.

Pforte I. Grad (1 Finger)	137
II. Grad mittel (2 Finger)	13
III. Grad weit (3 Finger)	3.

Von den 215 Hernien waren 14 incarceriert, macht 6,5 % Incarceration.

Carmichael von 152 Fällen 6 incarcerierte, 3,9 %
Bühlmann von 117 Fällen 8 incarcerierte, 6,8 %
Campbell von 305 Fällen 16 incarcerierte, 5,2 %
die meisten der Fälle unter 1 Jahr. Bei mir ist $^1/_3$ der incarcerierten Fälle jünger als 1 Jahr.

Maaß will nur unter 6 Fällen bei Säuglingen einmal Incarceration beobachten, und begründet mit diesem geringen Prozentgehalt seine Ansicht, daß man die Kinder bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres ein Bruchband tragen lasse.

Kovàcs von 253 Fällen 21 incarcerierte, 8,3 %
Cluß von 21 Fällen 1 incarcerierte, 5 %.

Die Ursache des Bruches (Erkrankung des Respirationsapparates, Husten, Entkräftigung, Schwächung

der Bauchwand, Erhöhung der Bauchpresse, Trauma) hat sich in 48 Fällen ergründen lassen.

6 Keuchhusten,
1 Husten bei Masern,
1 Masern,
1 Pneumonie,
1 starker Durchfall,
1 starkes Pressen beim zu Stuhl gehen,
4 Trauma durch Fall,
20 Phimose,
12 Präputiale Verklebungen.

Phimose und präputiale Verklebungen spielen eine wichtige Rolle für die Entstehung der Hernien und ist ihre Beseitigung zur Verhütung des Bruches durchaus notwendig. Dies geschah in 32 Fällen. — Wir erwähnen, daß wir auch bei russischen Kindern mosaischer Konfession, die beschnitten waren, nicht gerade selten Hernien sahen.

Berger 317 Knaben, 8 Phimose.
Grunert 33 » 13 »
Sengocku 78 » 4 »
Lexer 200 » 32 Phimose und präputiale Verklebung.

Ein Bruchband ist in 72 Fällen getragen worden, stets ohne Erfolg, es drückte oder konnte schließlich den Bruch nicht mehr zurückhalten.

Bühlmann 43 mal von 117 Fällen, auch stets ohne Erfolg.

Über den Bruchsackinhalt finden wir 65 Angaben, in den anderen Fällen ist er leer:

Dünndarm 21, Testis 2, Coecum 12, Appendix 18, Colon 2, Netz 10, Ovarium und Tube 1, Reste eines alten Hämatoms 1. 7 mal befand sich Appendix und Coecum zusammen im Bruchsack, 2 mal Dünndarm, Coecum und Appendix, 1 mal Darm und Appendix, 1 mal Darm, Netz und Appendix. Netz findet sich selten im Bruchsack bei Kindern, weil es in der Jugend nur bis zur Nabelhöhe herabreicht.

Der Wurmfortsatz findet sich öfters im Bruchsack, auch nicht selten mit dem Coecum zusammen.

Piersol (1900) findet nach den bis dahin veröffentlichten Fällen den Vermiformis als Inhalt in 23 % aller operierten Kinder.

Bajardi 64 Kinder, 7 mal, 10,9 %,

Großmann 97 Kinder, 10 mal, 12,7 %, er wurde stets reseciert.

Barker 22 Kinder, 3 mal, 13,6 %,

Grunert 34 » 10 mal, 29,7 %,

Sengocku 72 » 6 mal, 11 %,

Bühlmann 117 » 7 mal, 6 %; 6 mal wurde er reseciert, 1 mal keine Angaben.

Meyhöfer 215 Kinder, 18 mal, 8,4 %; 13 mal wurde er reseciert, 5 mal keine Angabe.

Maaß entfernt den Appendix nur, wenn er mit dem Bruchsack adhärent verwachsen ist, *Sertoli*, wenn er Zeichen von Entzündung aufzuweisen hat.

In einem linksseitigen Bruch wird der Appendix selten angetroffen und es sind wenig Fälle publiciert. *Habs, Hildebrandt, Tubby, Jahradnicky, Dujon, Bühlmann* haben ihn je einmal links angetroffen. Unter

meinen 18 Fällen fand er sich 5 mal in einem linksseitigen Bruch, was beweist, daß dies Vorkommnis doch nicht so selten ist. Erklären kann man es sich nur aus einer angeborenen, abnormen Beweglichkeit des Coecums. Einen interessanten Fall berichtet *Tschmarke* von einem 2 Jahre alten Kinde, bei dem man bei der linksseitigen Bruchoperation den Appendix vorfand; als das Kind ein halbes Jahr später rechts operiert wurde, fand man wieder als Inhalt den Appendix.

Tube und Ovarium fand sich unter 15 Fällen 1 mal bei einem 7 Monate alten Mädchen, es war ein eingeklemmter Bruch, der Inhalt wurde reponiert.

Maaß fand unter 19 weiblichen Hernien 4 mal, *Bühlmann* unter 10 4 mal Ovarium und Tube als Inhalt, *Stiles* unter 36 weiblichen Hernien 8 mal Tube als Inhalt.

Nicoll und *Corner* sind der Ansicht, daß alle irreponiblen Inguinalhernien weiblicher Kinder unter einem Jahr Ovarialhernien sind, ersterer führt 29 zweiter 20 Fälle an.

Complikationen waren folgende vorhanden:

5 mal Hernia umbilicalis, in einem Fall vereint, mit Hydrocele testis und Phimose;
6 mal Hydrocele testis;
5 mal Hydrocele funiculi spermatici;
3 mal Hydrocele vaginalis;
1 mal Hernia epigastrica;
1 mal präperitoneales Lipom;
1 mal Appendicitis, die in derselben Sitzung operiert wurde;

1 mal Fraktur des Oberschenkels;
2 mal leichte Bronchitis;
2 mal Tuberkulose des Bruchsack, einmal mit Tuberkulose des Appendix;
2 mal Kryptorchismus, in einem Falle wurde der Hoden in den Hodensack herabgezogen und dort fixiert.

Sertoli hält die Bruchtuberkulose bei Kindern für häufiger als bei Erwachsenen.

Macewen berichtet über einen Fall von einem 6 Monate alten Kinde (Tbc. des Sackes und Appendix).

Carmichael hat unter 152 Fällen 4 mal Tuberkulose beobachtet.

Hämatom des Hodensacks trat 3 mal auf.

Einmal wurde die Ablatio testis vorgenommen, weil der testis im incarcerierten Bruch vollkommen gangränös war.

Einmal reißt der Hoden vom vas deferens beim Isolieren ab. Das vas deferens wird in den Hoden implantiert.

3 mal verursacht die Isolierung des Bruchsackes Schwierigkeit, doch gelingt es schließlich ohne Verletzung des Samenstranges.

Hodengangrän ist niemals eingetreten.

Sengocku hat auch niemals Nekrose, ebenso *Bühlmann.*

Tilanno hat unter 79 Operationen 3 mal Hodengangrän.

Riedel unter 121 Operationen 9 mal Ablatio testis.

Eine Störung im Heilverlauf trat 8 mal ein (6 mal Stichkanaleiterung, 1 mal Fistelbildung, 1 mal Ekzem);

8 Patienten wurden vor beendeter Heilung in ambulante Behandlung entlassen; bei 2 Patienten fehlt die Nachricht. Das ergibt 96,8 % Heilung per primam unter 251 Fällen.

Sengocku unter 80 Fällen 88,8 % Heilung per primam, Störung hauptsächlich bei *Girard*.

Bühlmann unter 197 Fällen 97,2 % Heilung per primam.

Imfeld hat unter 61 Fällen 100 % Heilung, führt aber nur die freien Hernien an.

Galeazzi	90,84 %	Heilung	pp.	unter	140	Fällen	Bassinioperationen
Boariés	93,88 %	»	pp.				
Stori	98,71 %	»	pp.				
Filippini	96,35 %	»	pp.	»	1852	»	
Cocuzzi	95,50 %	»	pp.				
Sertoly	93,34 %	»	pp.	»	1509	»	
Coley (1902)	98,0 %	»	pp.	»	200	»	
Romanin	88 %	»					
Link (1900)	65,7 %	»	pp.	»	122	»	
Bayardi	95,9 %	»	pp.	»	73	»	
Kocher (1897)	91,3 %	»	pp.				
Trzebicky (1900)	87 %	»	pp.				
Bariatynsky (1905)	92,8 %	»	pp.				

Beresowski (1895) 72,9 % pp. bei lateraler Verlagerung nach Kocher, 93,2 % bei Modifikation derselben.

Sarshezki (1908) 77,8 % Heilung pp. bei Kochers Invagination.

Die Störungen sind mehr oder weniger groß, doch sind die bei Bassinioperationen nicht größer im Vergleich zu anderen Autoren, wie von manchen Seiten behauptet wird.

Exitus ist in 2 Fällen eingetreten, in beiden Fällen waren es incarcerierte Brüche. Im ersten Falle ist es ein Kind von 4 Monaten, das mit starken Schmerzen und einer Temperatur von 38,5 in die Klinik kam, es starb 2 Tage nach der Operation.

Im zweiten Falle ist es ein Kind von 18 Monaten. Im Bruchsack fand sich außer Coecum und Appendix Colon eingeklemmt, das eine zweimarkstückgroße Öffnung zeigte und so gangränös war, daß 10 cm reseciert werden mußten. Das Kind kam eine Viertelstunde nach der Operation zum Exitus.

Ein Patient ist später an Nierenentzündung gestorben.

Wegen der Dauerresultate wandte ich mich schriftlich an 178 Patienten. 108 untersuchte ich teils persönlich, teils erhielt ich schriftlichen Bescheid. Es ist bei zwei Patienten ein Recidiv aufgetreten. Beim ersten 2 Jahre nach der Operation, er wurde zum zweiten Male operiert und ist jetzt recidivfrei. Beim zweiten 6 Monate nach der Operation. Die anderen sind vollkommen gesund. In 8 Fällen stand der Hoden auf der operierten Seite höher, in einem Falle war er atrophisch.

Zwischen Operation und Nachfrage lag Zwischenraum:

6 Monate bis 1 Jahr	24 mal
1 bis 2 Jahre	57 mal
2 bis 3 Jahre	45 mal
3 bis 5 Jahre	52 mal.

Da die meisten Recidive innerhalb der ersten 6 Monate vorkommen sollen, genügt die Nachfrage

auch nach 6 Wochen bereits. Die Literatur gibt allerdings eine Mindestfrist von 2 Jahren zwischen Operation und Nachfrage an. Danach wären nur 81 Fälle endgültig geheilt.

Bühlmann und *Clottu*	198 Operationen	2 Recidive	
Deaver	63 »	0 »	
Beresowski	25 »	2 »	(Kocher)
Ruotte	13 »	0 »	
Maaß	31 »	0 »	
Stiles	360 »	4 »	
Fränkel	16 Säuglinge	0 »	
Grunert	34 Operationen	0 »	
Betge jun.	39 »	2 »	
Pavel	117 »	0 »	
Kovàcs	232 »	1 »	(Bassini)
Sengocku	75 »	0 »	»
Meyhöfer	253 »	2 »	»
Schemmel	206 »	0 »	(Bassini, Kocher)
Imfeld	70 »	0 »	(Kocher)

Zusammenfassung.

1. Da ein Bruchband keine Sicherheit bietet, ist bei kindlichen Hernien die Radikaloperation indiciert und zwar in jedem Alter; sie ist leichter in der Jugend, weil noch keine Verwachsungen vorhanden sind und wird von den Kindern sehr gut vertragen.
2. Die Bassinioperation bei Kindern leistet mindestens ebenso gute Resultate wie andere Methoden und ist auch bei Säuglingen nicht zu kompliziert.
3. Die Heilung per primam erfolgt ebenso sicher wie bei anderen weniger komplizierten Methoden, der Vorwurf also, daß durch die vielen Nähte leichter eine Eiterung bei Bassini eintreten könne, ist ungerechtfertigt.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir Bedürfnis und Pflicht, Herrn Professor *Lexer* für die freundliche Überlassung des Materials und Herrn Privatdozenten Dr. *Frangenheim* für die gütige Unterstützung bei meiner Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. *Bassini,* Über Behandlung des Leistenbruches. — v. Langenbeck's Archiv, Bd. 40.
2. *Beresowski,* Über Radikaloperation nicht eingeklemmter Hernien und ihre Endresultate. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 40.
3. Internationaler Chirurgenkongreß in Brüssel. 21. IX. 1908.
4. Internationaler medizinischer Kongreß zu Budapest, 1909.
5. *Bühlmann,* Über die operative Behandlung der Leistenhernie bei Kindern. Deutsche Zeitschr. f. Chir., LXXXIII.
6. *Campbell,* Inguinal hernie in children. Medical press. Mai 9. 1906.
7. *Castenholz,* Die chirurgische Behandlung reponibler Leistenhernien im Kindesalter. Deutsche Zeitschr. f. Chir., XCIX.
8. *Cluß,* Die Bruchoperation und deren Dauerresultate von 1896—1903. Beitr. z. klin. Chir., Bd. XLIV.
9. *Carmichael,* Remark on some varieties of hernie in children after radical cure in 152 cases. Brit. med. journal, 1906.
10. *W. B. Coley,* Behandlung der Hernien im Kindes- und Säuglingsalter und Resultate der operativen Behandlung. Wien. klin. therapeut. Wochenschr. Nr. 4/5, 1905.
11. *Coley,* Radical cure of inguinal and femoral hernia with a report of 845 cases. Annals of surgery, 1901.
12. *Corner,* The contents of irreducible inguinal hernia in female subjekts and true hermaphroditism. Brit. med. journal, Januar 1908.
13. *Daiches,* Endresultate der Radikaloperation von Hernien, speziell Inguinalhernien. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 75.
14. *Ch. Dam,* Le traitement de la hernie inguinale chez l'enfant. Gaz. des hôp., 1909.
15. *Deaver,* A report of an hundred cases of hernietomie in children with endresults. Alban. med. annals, Juni 1909.
16. *Willmot H. Evans,* Die Behandlung der Leistenhernie bei Kindern. Lancet, Januar 1909.
17. *C. H. Flagge,* On the pathology and treatment of inguinal hernia in children. Lancet, Mai 1908.

18. *G. Filippini* (Brescia), Esperienca di due mila operationi nella cura radicale delle ernie. Clinico chirurgica, 1906, Nr. 3.
19. *Großmann,* Uber die operative Behandlung von Kinderhernien im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr., 1908.
20. *Hesse,* Hernienradikaloperation bei Kindern. Inaug.-Dissert. Würzburg, 1884.
21. *Hackenbruch,* Zur Radikaloperation der Leistenhernie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32, 1908.
22. *Haidenthaller,* Die Radikaloperation der Hernien in der Klinik des Hofrats *Billroth.* Archiv f. klin. Chir., Bd. 40.
23. *Imfeld,* Zur Radikaloperation nicht eingeklemmter Brüche. Deutsche Zeitschr. f. Chir., CIII.
24. *Kocher,* Resultate der Hernienradikaloperation. Centralbl. f. Chir., 1897.
25. *Kelbling,* Radikaloperation der Inguinalhernie bei Kindern. Dissertation Kiel, 1904.
26. *Kovàcs,* Die operative Behandlung der kindlichen Leistenhernie. v. Langenbecks Archiv, Bd. XCI.
27. *Kraske,* Zur Frage der Ablatio testis. Centralbl. f. Chir., 1897.
28. *Kraus,* Ein neues Bruchband, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. 1909, Nr. 7.
29. *Lorthioir,* La cure radicale de la hernie chez l'enfant. Thèse de Paris 1908.
30. *Löw,* Radikaloperation der nicht eingeklemmten Hernien in der Berner Klinik. v. Langenbeck, Bd. 46.
31. *Maaß,* Mitteilung zur Radikaloperation der Brüche bei Kindern. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 5, 1908.
32. *Maczewski,* Tudeus. Eine neue Methode der Radikaloperation von Inguinalbrüchen bei Kindern, Gazeta lekarska 1908.
33. *Macewen,* Hernia of the vermiform appendix. Annals of surgery, April 1909.
34. *R. M. Murray,* Hernia its cause and treatment. London, J. and A. Churchill 1908.
35. *Murray,* The saccülar theory of hernia. Brit. med. journal 1907.
36. *Murray,* The etiology and treatment of oblique inguinal hernia. Brit. med. journal 1906.
37. *Nicoll,* Hernia of the ovary in infants with reference specially to the operative treatment of the affection. Edinburg. med. journal 1908.
38. *Noetzel,* Zur Anatomie und Technik der Bassinioperation der Leistenhernien sowie über die Contraindikation derselben und über die Hernienoperation bei Kindern. Beitr. z. klin. Chir. LXI, 3.

39. *Edmund Olven,* Die Hernie des Kindesalters. Brit. med. journal, Juni 1907.
40. *Owen,* Reducible inguinal hernia in boyhood. Practitioner 1906.
41. *Pott,* Prognose der Radikaloperation der Hernie. Centralbl. f. Chir. 1904.
42. *Ruotte,* Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. Arch. de med. des enfants, Februar 1908.
43. *Hamilton Russel,* Die Pathologie und Behandlung der Hernien im Kindesalter. Lancet 7. I. 1905.
44. *Schemmel,* Bericht über 208 Fälle von Unterleibsbrüchen aus den Jahren 1903—1909. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. CIII.
45. *Sengocku,* Radikaloperation der Leistenhernie bei Kindern. Inaug.-Dissert., Erlangen 1910.
46. *Sertoli,* Dauerresultate der Radikaloperation der Hernien. v. Langenbeck's Archiv, CXXXIX, Heft 2.
47. *A. Stofer,* Ein neues Bruchband. Med. Klinik, 1907.
48. *A. Thiel,* Neue Methode bei abnorm großen angeborenen Leistenbrüchen im Kindesalter. Deutsche Zeitschr. f. Chir., XCIX.
49. *Trzebicky,* Zur Radikaloperation nach Kocher. Centralbl. f. Chir., 1900.
50. *Tschmarke,* Kasuistischer Beitrag aus dem Gebiet der Herniotomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir., XCV.

Lebenslauf.

Ich, *Bruno, Karl, August Meyhöfer,* evangelischer Konfession, wurde zu Königsberg i. Pr. als Sohn des damaligen Mittelschullehrers, jetzigen Volksschulrektors *Karl Leopold Meyhöfer* und seiner Ehefrau *Marie* geb. *Scharffetter,* am 22. Juni 1884 geboren. Ich besuchte zunächst die Kneiphöfsche Mittelschule bis zur 5. Klasse und dann das hiesige Kneiphöfsche Gymnasium, um Michaelis 1905 als Studierender der Medizin die Albertus-universität zu beziehen. Die ärztliche Vorprüfung beendete ich am 21. Februar 1908; mit dem ärztlichen Staatsexamen wurde ich am 26. Januar 1911 fertig.

Seit dem 1. März bin ich als Medizinalpraktikant in der Königl. Medizinischen Poliklinik von Professor *Schreiber* tätig.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Dozenten und Professoren.

Braatz, Braun, Brückner, R. Cohn, Ellinger, Falkenheim, Gerber, Henke, Herrmann, Hammerschlag, Jaffe, Klieneberger, Klinger, Krückmann, Kruse, Laqueur, Lexer, Lichtheim, Meyer, Puppe, Rautenberg, Rosinski, Samter, Schmidt, Schreiber, Scholtz, Stenger, L. Stieda, Stieda, Weiß, Winter, Wrede, Zander und *Zangemeister.*

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich meinen tiefgefühltesten Dank aus.